Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 42. 21. October. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 37. Jahrgang.

Originalien.

Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit des Carcinoma uteri.[1])

Von *M. Hofmeier.*

Meine Herren! Die nächste Veranlassung, das obige Thema vor Ihnen zu behandeln, haben mir die mehr äusserlichen Thatsachen gegeben, dass ich vor einiger Zeit meine fünfzigste Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom ausführte und ferner, dass es gerade in diesen Tagen ein Decennium war seit der ersten von Schröder ausgeführten derartigen Operation, bei welcher ich ihm assistirte, die dann zusammen mit den Operationen von Czerny und Billroth den Anstoss zu der weiteren Ausbildung der Totalexstirpationen gegeben hat. Wenn auch eine Reihe deutscher Operateure (fremder wohl weniger) erheblich mehr Operationen der Art gemacht haben, so können die Erfahrungen von 50 Operationen, immerhin mitsprechen und sie bilden einen gewissen Abschnitt, bei dem man sich fast unwillkürlich fragt: was hast du nun mit deinem Handeln geleistet? — Nur ein untergeordneteres Interesse hat heutzutage bei der Behandlung dieses Themas die Frage nach den augenblicklichen Erfolgen dieser Operationen, bezüglich nach der directen Gefahr derselben, indem aus den Veröffentlichungen der letzten 4 Jahre etwa hervorgegangen ist, dass in der Hand derjenigen Operateure, welche sie vielfach ausführten, die Gefährlichkeit soweit gesunken ist, dass z. B. Fritsch[2]) 103 mit 10 Todesfällen, Kaltenbach[3]) 60 mit 2, Leopold[4]) 80 mit 4, Schauta[5]) 65 mit 5, v. Ott-Petersburg[6]) 30 mit 0 veröffentlichen konnten.

Was zunächst diesen Punkt anlangt, so habe ich selbst unter 56[7]) Operirten 6 verloren. Charakteristischer Weise befanden sich unter diesen 6 Todesfällen je 2 auf einander folgende und zwar zwischen der 20. und 30. und der 40. und 50. Operation. Ich führe dies nur an als Beweis dafür, dass jedenfalls nicht die mangelhafte Technik oder Antisepsis an diesen Misserfolgen Schuld trug, sondern die in der Sache liegenden Gefahren, die selbst bei grösserer Erfahrung in diesen Dingen nicht ohne Weiteres auszuscheiden sind. Andere haben ähnliche Erfahrungen gemacht[8]). Immerhin ist das Operationsresultat kein schlechtes, besonders wenn man noch in Rücksicht zieht, dass die 50 Ueberlebenden so ziemlich eine fieberlose Reconvalescenz durchmachten und am 10.—14. Tage das Bett schon wieder verlassen konnten. Zusammen mit den oben genannten Resultaten anderer Operateure beweist dies wohl, dass es eine arge, wohl nur auf Unkenntniss beruhende Uebertreibung ist, wenn z. B. Byrne in einem sonst äusserst wichtigen Vortrag auf der letzten American Gynaecological Society im Jahre 1889[9]) die Operation eine mörderische nennt und nicht vereinbar mit dem Gefühl von Pflicht und Verantwortlichkeit. Ich bin im Gegentheil der Ansicht, dass die deutsche Gynaecologie stolz darauf sein kann, dass hauptsächlich durch ihre Bemühungen diese Operation ihrer früheren Gefahren im Wesentlichen entkleidet ist.

Auf den technischen Theil der Operation hier ausführlicher einzugehen, ist nun nicht meine Absicht; um so weniger, da hierüber — mit Ausnahme kleiner Abweichungen — ziemliche Uebereinstimmung herrscht. Ich habe sämmtliche Operationen nach den von mir in dem »Grundriss der gynäcologischen Operationen«, Wien, Deuticke 1888, dargelegten Grundsätzen ausgeführt: Sorgfältige Reinigung und Desinfection von Scheide und Uterus, Umschneidung der Portio, stumpfe Auslösung des Cervix, schnittweise Unterbindung der Parametrien bei gleichzeitigem Herabziehen des Uterus, provisorische Versicherung der Bauchhöhle durch einen desinficirten Schwamm, Verschluss der Bauchhöhle durch drei Nähte, von denen die beiden seitlichen die Scheidenwände, das Peritoneum und die invertirten Stümpfe fasst, die mittlere nur die beiden Scheidenwände und das Peritoneum. Die Resultate und der Verlauf lassen mir eine Aenderung dieser Technik nicht nothwendig erscheinen. Eine Zuhülfenahme blutstillender Klammern, die 48 Stunden liegen bleiben, kann unter Umständen sehr zweckdienlich sein.

Von viel grösserem Interesse und für die Zukunft der Operation bei Uteruscarcinom entscheidend ist die andere Frage, ob mit Einführung der Totalexstirpation ein wesentlicher Fortschritt in der operativen Heilbarkeit der Uteruscarcinome gemacht ist. Für Denjenigen, welcher die einschlägige deutsche Literatur der letzten Jahre verfolgt hat, scheint hierüber allerdings kaum ein Zweifel: alle Veröffentlichungen fast laufen auf eine unbedingte Verherrlichung der Totalexstirpation heraus. Kaum, dass sich hier und da eine schüchterne Andeutung findet, dass auch mit anderen Operationsverfahren sehr bemerkenswerthe Resultate erreicht worden sind oder zu erreichen sind. In dem Glanz der augenblicklichen Erfolge scheint sehr vielfach eine kritische Prüfung überflüssig, und mit halb mitleidigem Achselzucken wird von Denjenigen gesprochen, welche nicht unbedingt diesen ausserordentlichen Fortschritt anerkennen wollen.

Schon vor 3 Jahren, als ich mit recht mühsamer Arbeit die Resultate einer 10jährigen operativen Behandlung der Uteruscarcinome der Schroeder'schen Klinik zusammenstellte und mit wenigen Ausnahmen das Schicksal der Operirten über Jahre hinaus feststellte, habe ich zum ersten Male durch diese Arbeit für uns selbst und für Andere klar gestellt, mit welcher Aussicht auf einen längeren Erfolg die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses zu rechnen habe. Denn bei allen früheren Zusammen-

[1]) Nach einem am 28. Juni 1890 in der physik.-medic. Gesellschaft in Würzburg gehaltenen Vortrag. Mit der Veröffentlichung desselben habe ich absichtlich so lange gewartet, bis die Verhandlungen des X. internationalen Congresses berücksichtigt werden konnten. Dies konnte allerdings bis jetzt wesentlich nur nach dem Referate des Centralbl. f. Gyn. erfolgen.

[2]) Tannen, A. f. G., Bd. 37.

[3]) Festschrift f. Hegar. Enke, 1889.

[4]) Münchmeyer, A. f. G., Bd. 36.

[5]) Münch. med. W. 1890, Nr. 33.

[6]) Annal. d. Gyn. 1889.

[7]) Seit dem Vortrage sind 6 weitere Kranke glücklich operirt.

[8]) s. u. A: Mommsen, Inaug.-Dissert. d. Olshausen'schen Klinik, August 1890.

[9]) s. Transactions of the Am. Gyn. Soc. 1889.

stellungen war niemals die Gesammtzahl der Operirten in ein bestimmtes Verhältniss gestellt zu der Zahl der Dauerheilungen. Diese Resultate waren erzielt durch die früher ausgeführten infravaginalen, dann die supravaginalen Amputationen und dann seit 1880 mit der Ausführung der Totalexstirpation je nach den vorliegenden anatomischen Verhältnissen.

Schon damals konnte ich feststellen, dass die Endresultate unserer Totalexstirpationen des Uterus denen der partiellen Amputationen nachstanden. Vor 4 Jahren, zum Zweck eines Vortrages auf der Berliner Naturforscherversammlung, habe ich die Fälle abermals controlirt und ergänzt und kam zu dem Schlussresultat[10]), dass nach partiellen Operationen am Uterus (ausgeschlossen die nicht wieder auffindbaren und die an der Operation verstorbenen Operirten) ganz ausserordentlich bessere Endresultate erzielt wurden, wie nach der Totalexstirpation.

Die folgende kleine Tabelle giebt die damals von mir erhobenen Resultate.

Tabelle I.

Geheilt p. Operation	Operationen	Gesammtzahl	Recidive	Heilungen	Procentsatz
1. Jahr	Partielle	96	47	49	51
	Totale	33	13	20	63,6
	Summa	129	60	69	53,6
2. Jahr	Partielle	84	46	38	46
	Totale	29	22	7	24,1
	Summa	113	68	45	40
3. Jahr	Partielle	57	33	24	42,2
	Totale	23	17	6	26
	Summa	80	50	30	37,5
4. Jahr	Partielle	47	28	19	41,3
	Totale	10	10	—	0
	Summa	57	38	19	33,3

Ein Jahr nach der Operation also glänzender Erfolg der Totalexstirpation! im zweiten und dritten Jahr massenhafte Recidive; im vierten Jahr keine einzige Heilung mehr, während nach der partiellen Operation noch 3 Jahre nachher 42 Proc., und nach 4 Jahren 41,3 Proc. Heilungen constatirt wurden. Daraus war natürlich nicht zu folgern — und ich möchte es nochmals besonders hervorheben, dass ich diesen unsinnigen Schluss nie gezogen habe — dass dies an der Operation als solcher läge, sondern daran, dass die für partielle Operationen geeigneten Carcinome prognostisch weit günstiger lägen, als die für eine Totalexstirpation geeigneten: mit anderen Worten allerdings, dass mit Einführung der Totalexstirpation eigentlich kein erheblicher Fortschritt in Bezug auf die Dauerheilung der vom Cervix uteri ausgehenden Carcinome gemacht sei. Denn um diese kann es sich natürlich nur handeln, da nur eine Meinung darüber bestehen kann, dass bei Carcinomen der oberen Abschnitte des Uterus die Möglichkeit der Heilung nur in einer Entfernung des ganzen Uterus bestehen kann. (Bei der späteren Vergleichung der Resultate können dieselben auch nur soweit in Betracht gezogen werden, als aus den Veröffentlichungen sich die Körpercarcinome und die Cervixcarcinome auseinander halten lassen.)

Diese, auf Grund unserer Operationsresultate damals von mir ausgesprochene Ansicht hat in Deutschland nicht viel Beifall gefunden und zunehmend scheinen die deutschen Gynaecologen von der alleinigen Ausführung der Totalexstirpation eine noch weitergehende Besserung der Dauerresultate zu erwarten. Schon damals habe ich ausgesprochen, dass ich erst dann den von mir eingenommenen Standpunkt als nicht zutreffend anerkennen könnte, wenn bei einer entsprechend grossen Anzahl von Totalexstirpationen allein ausgesprochen bessere Endresultate erreicht wären, als die von mir festgestellten, dass aber nur Thatsachen, nicht theoretische Reflexionen einen Anspruch auf Anerkennung finden könnten. Die Folgen für unsere Kranken sind zu ernste, als dass man aus theoretischer Voreingenommenheit oder Eigensinn sich der Wahrheit verschliessen dürfte.

[10]) Z. f. G. u. G., Bd. 13.

Seitdem sind 4 Jahre vergangen, und es verlohnt sich wohl, an der Hand der seither veröffentlichten Thatsachen die Frage von Neuem zu prüfen; denn an »Thaten« haben die Anhänger der Totalexstirpation es seitdem nicht fehlen lassen; von dieser Seite liegt also genügendes neues Material vor. Leider sehr wenig neues von der anderen Seite. In der deutschen Literatur ist keine umfassendere Veröffentlichung über partielle Operationen und ihre Resultate mehr gemacht worden; ich selbst habe leider auch keine weiteren Erfahrungen sammeln können, da ich seit meinem Fortgang von Berlin dieselbe Erfahrung gemacht habe, wie Andere in umgekehrter Weise: dass man nämlich an kleineren Orten relativ viel weniger frühe Stadien der Erkrankung zu Gesicht bekommt, wie in einer Grossstadt. Fast alle Fälle, bei denen ich überhaupt die Operation noch für angezeigt hielt, waren hart an der Möglichkeit der Ausführbarkeit; der einzige für eine partielle Operation wirklich günstig liegende Fall wurde von meinem Assistenten, Herrn Dr. Steffeck, fast zufällig entdeckt und in meiner Abwesenheit operirt; in einem anderen Fall entzog sich die Kranke der Operation. Ich will auch gar nicht leugnen, dass ich unter dem Einfluss der zunehmenden Besserung der Resultate der Totalexstirpation mich unwillkürlich leichter dazu entschlossen habe, in einzelnen Fällen diese zu machen, wo ich früher die hohe Amputation gemacht hätte. Und dann — ich weiss nicht, ob es Zufall ist, oder ob wirkliche Unterschiede mitspielen — überwiegen in dem Material, welches ich in Giessen und in Würzburg gesehen habe, ganz entschieden bedeutend die Carcinome der Cervixschleimhaut über die der Portio. So kann ich leider einen eigenen neuen Beitrag in diesem Punkte nicht liefern. Auch in der auswärtigen Literatur liegt, wie es scheint, nur ein für diese Frage verwerthbarer Beitrag vor in einer Mittheilung von Verneuil (Bull. de la soc. d. Chir. Oct. 1888), den ich dem Traité de Gyn. von Pozzi (pag. 412) entnehme. Nach 21 mit dem Ecraseur ausgeführten infravaginalen Amputationen der Portio trat nur 9 mal ein örtliches Recidiv auf; eine Patientin war erst zu kurze Zeit operirt; 10 Operirte blieben $1^1/_2$ — 5 Jahre von einem örtlichen Recidiv befreit.

In dem sonst so wichtigen und in Bezug auf die Grundsätze, nach welchen operative Eingriffe bei Uteruscarcinomen zu machen sind, so vielfach mit den von Schroeder und mir vertretenen Anschauungen übereinstimmenden Buch von John Williams (der Krebs der Gebärmutter, deutsch b. Hirschwald 1890) ist leider über die Dauererfolge seiner Operationen nichts mitgetheilt.

Was nun die in der Literatur bekannt gegebenen Endresultate nach der Totalexstirpation betrifft, so ist es leider — und ich sage dies ohne jeden Nebengedanken — nicht immer leicht, aus der Art der Veröffentlichungen ein klares Bild über die Dauererfolge zu bekommen, während es doch so ausserordentlich einfach wäre — z. B. in der von mir vorgeschlagenen Weise — ein tabellarisches Verzeichniss sämmtlicher Operirten zu geben, in welchem man von Halbjahr zu Halbjahr das weitere Schicksal derselben verfolgen könnte. Prüfen wir nun der Reihe nach die vorliegenden Endresultate der Totalexstirpationen, soweit man sie bis jetzt übersehen kann. (In Betracht für eine solche vergleichende Kritik kommen selbstverständlich nur die Carcinome am Cervix uteri.)

Aus Kaltenbach's Mittheilung geht Folgendes hervor: nach Abrechnung von 1 Todesfall und von 2 der weiteren Controlle entgangenen Fällen blieben zur Beurtheilung des Dauerresultates über 1 Jahr: 26 Operirte. Von denselben hatten innerhalb des ersten Jahres bereits 18 ein Recidiv, 8 blieben gesund. Ganz abgesehen davon, dass — wie ich schon früher statistisch nachgewiesen habe und wie es auch aus einigen neueren Mittheilungen hervorgeht — nach der Totalexstirpation im zweiten Jahre nach der Operation noch in einer grossen Anzahl der Fälle Recidiv auftritt, ist das Heilresultat nach dem ersten Jahr 8 : 18 = 30 Proc. Heilungen und 70 Proc. Recidive.

Eine wesentlich bessere Prognose scheint aus der Statistik von Martin hervorzugehen (Berliner Klin. Wochenschr. 1887,

Nr. 5), basirt auf 94 Fällen von Totalexstirpation. Nach Ausscheidung der Verstorbenen, der zu frisch Operirten und der nicht weiter zu Verfolgenden, ebenso der wegen Carcinoma corporis Operirten, blieben 31 wegen Cervixcarcinomen Operirte, von denen nach Verlauf eines Jahres noch 19 gesund waren und nur 12 Recidiv zeigten. Indess ist hier wohl zu bemerken, dass aus der ganzen Zusammenstellung von vornherein 28 ungünstige Fälle ausgeschieden sind, welche natürlich mit eingerechnet werden müssen, wenn ein Vergleich mit anderen Statistiken möglich sein soll, denn solche von vornherein ungünstig liegende Fälle werden jedem Operateur vorkommen und sind in anderen statistischen Angaben ebenfalls mit inbegriffen. Rechnet man von diesen 28 Operationen die des letzten Jahres (8) und die gleich p. oper. Verstorben (5) ab, so bleiben 15 Operirte übrig, bei denen gleichfalls bald ein Recidiv auftrat, und dann sind nicht von 31 Operirten nach einem Jahr 19 gesund und nur 12 recidivirt, sondern 19 Heilungen zu 27 Recidiven: d. h. 41 Proc. Heilungen und 59 Proc. Recidive.

Erheblich günstiger in dieser Beziehung scheinen die Resultate von Leopold, veröffentlicht von Münchmeyer (Arch. f. Gyn. Bd. 36) zu sein. Ich sage absichtlich »scheinen«, denn es gilt von dieser Veröffentlichung gerade das oben Gesagte: Trotz eifrigen Studiums und bestem Willen ist es mir kaum möglich gewesen von den wirklichen Verhältnissen ein klares Bild zu gewinnen. Ueber die ersten 42 Operationen bis März 1887 ist (Arch. f. Gynäkol. Bd. 30) von Leopold selbst referirt; Münchmeyer berichtet jetzt über die weiteren Resultate zweier Jahre: 38 weitere Operationen bis März 1889. Nun sagt zwar Münchmeyer: »Die 62 noch lebenden Frauen wurden brieflich um ihr Befinden gefragt«, aber leider fügt er nicht hinzu, ob dies auch zum Zweck seiner Zusammenstellung bei den ersten 42 Operirten von Neuem und sicher wiederholt wurde. (Es war nämlich damals auch schon auf diese Art von ihnen Nachricht eingezogen.) Es kann dies sicher ja nur ein lapsus calami sein; aber ich werde gleich bemerken, warum die ausdrückliche Anführung dieser Thatsache doch sehr wünschenswerth gewesen wäre. Münchmeyer führt nämlich an, dass von diesen 42 länger wie 2 Jahr Operirten, im März 1889 noch 27 oder 64,5 Proc. sicher recidivfrei seien. Nun führt Leopold von diesen selben 42 Operirten bereits an, dass mit Ausnahme von 5 Gestorbenen und 11 im letzten Beobachtungsjahr (März 1886 bis März 1887) Operirten von 26 Patientinen 18 mindestens 1 Jahr recidivfrei befunden wären. Es müssten nun also nicht nur diese 18 Operirten sämmtlich weitere 3 (!) Jahre gesund geblieben sein, sondern auch von den nächsten 11 Operirten (Fall 32—42) müssten 9 zwei (!) Jahre ohne Recidiv geblieben sein, wenn die Zahl Münchmeyer's (27) zutrifft. Das Letztere: (von 11 Operirten 9 Gesunde) ist schon nicht möglich, da eine dieser 11 (Nr. 39) gestorben ist, und bei zwei anderen (Nr. 34 u. 36) von Leopold selbst bereits ein Recidiv constatirt wurde. Es muss also später von den 26 ersten Patientinnen ausser den 18 von Leopold bereits genannten, noch eine weitere 2 Jahre gesund geblieben sein. Dies kann wohl nur Fall 31 betreffen, der bei der ersten Arbeit erst 8 Monate operirt war und nicht mit verwerthet zu sein scheint. Es würde sich also hieraus das bis jetzt unerhörte Resultat ergeben, dass von Allen bis zum März 1887 Operirten in den folgenden zwei Jahren keine Einzige weiter an Recidiv erkrankt ist! — Wenn nun von diesen 42 Operirten im März 1889 noch 27 »recidivfrei« waren, so fragt man sich, was das Schicksal der übrigen 15 wohl gewesen ist, da über die etwaigen Recidive nichts gesagt ist. Von diesen 15 sind 3 gleich p. oper. gestorben (Nr. 10, 12, 39), 2 an Psychosen (6, 17), eine an Phthisis pulm. (16), eine ohne bekannte Todesursache (19), zusammen 7. An Recidiv können also nicht mehr erkrankt sein als 15—7=8 — dieselbe Zahl von Recidiven, welche Leopold bereits im März 1887 feststellte. Auch aus dieser Analyse ergiebt sich also die gleiche erstaunliche Thatsache, dass bei Keiner der bis März 1887 Operirten in den folgenden zwei (!) Jahren ein Recidiv beobachtet ist! Es muss auch sonst Keiner dieser Operirten in diesen zwei Jahren etwas Besonderes zugestossen sein, denn die als besondere Todesursachen von Münchmeyer bezeichneten (2 Psychosen, 1 Phthisis) finden sich auch bereits in der Leopold'schen Arbeit. Dabei mag noch ausdrücklich erwähnt sein, dass von den 18 von Leopold als gesund Bezeichneten nicht weniger wie 12 nur »laut Nachricht« gesund sind. Aus diesen Darlegungen ergiebt sich ohne allen Zweifel, dass die von Münchmeyer im März 1889 mitgetheilten Resultate ganz genau dieselben sind, wie sie Leopold für sämmtliche bis März 1887 Operirte schon zu dieser Zeit feststellte! Hiernach muss der Wunsch wohl berechtigt erscheinen, dass Münchmeyer ausdrücklich bemerkt hätte, ob er das Schicksal dieser ersten 42 Operirten auch sicher wieder neu controllirt hat; denn die obigen Thatsachen widersprechen allen sonstigen Erfahrungen über Carcinome!

Aber die Zahlen von Münchmeyer führen zu noch weiteren Schlüssen. Er führt (p. 430) an, dass von 51 (also bis März 1888) überlebenden Operirten bei 13 ein Recidiv beobachtet sei (6 Körpercarcinome mit 2, 10 Cervixcarcinome mit 4, 35 Portiocarcinome mit 7 Recidiven). Nach seinen Ausführungen auf p. 426 sind aber überhaupt bei sämmtlichen 76 Ueberlebenden nur 13 Recidive zur Beobachtung gekommen (10 Todesfälle, 3 an den Lebenden); daraus würde die weitere höchst auffallende Thatsache hervorgehen, dass vom März 1887 (Leopold's Veröffentlichung) bis zum März 1889 bei 51 Operirten Ueberlebenden und darunter 17 im letzen Jahr Neuoperirten, nur 5 Recidive bei den 21 Operirten des letzten Beobachtungsjahres (März 1888—89), dann aber weiter kein einziges zur Beobachtung gekommen sei! Leopold selbst berechnet nach seinen eigenen, schon so günstigen Erfahrungen den Procentsatz der Recidive des ersten Jahres auf 21,6! — Nehmen wir nun noch die Aeusserung Münchmeyer's hinzu (p. 429), dass »von 14 Frauen, bei denen mehr oder weniger starke Infiltrationen der Parametrien gefunden wurden, nur 3 einen Rückfall hatten« (mit Ausserachtlassung der letzt operirten Fälle), so glaube ich nicht viel Widerspruch zu finden, wenn ich sage, dass die Erfahrungen über Carcinom in Dresden andere sind, wie anderwärts, selbst wenn man einen unverhältnissmässig grossen Procentsatz günstiger Fälle annimmt. Nach den gegebenen Notizen ist dies übrigens nicht einmal der Fall. Sollte nicht den Berichten der Kranken oder über die Kranken ein zu guter Glaube entgegengebracht sein? Aus den dargelegten Gründen — dass bei 42 wegen Carcinom Operirten sich im Laufe der nächsten zwei Beobachtungsjahre gar nichts gegen das damals gleich festgestellte Resultat geändert haben soll — möge man es mir nicht verübeln, wenn ich neben die von Münchmeyer gegebene Zahl aus dem Leopold'schen Institut ein »?« setze.

Am Anspruchsvollsten in Beziehung auf ihre Folgerungen und ihre grundsätzliche Verwerfung der partiellen Operationen tritt eine neueste Veröffentlichung von Tannen aus der Breslauer Klinik auf. Auch hier sind allerdings von der Statistik von vornherein einige Fälle ausgeschlossen, bei denen — nach den Worten des Autors — die Totalextirpation wegen Zurücklassung fühlbarer Krebsknoten eine unvollkommene war, wodurch der Vergleich mit anderen Statistiken wieder erschwert wird. Wenngleich die hier in Betracht kommenden Zahlen nicht gross sind, machen sie das Resultat doch ungenau. Zur Rechtfertigung seines Standpunktes: der Verwerfung jeder Partialoperation geht der Autor von der erst zu beweisenden Prämisse aus, dass die Totalexstirpation besser vor Rückfällen schütze und stellt zum Beweise dessen folgende vergleichende Tabelle auf:

Tabelle II.

I. Partielle Operationen (Hofmeier)		Rückfallfrei	II. Totale Exstirpationen (Unsere Tabelle)	
51 Proc.	(49 : 47)	1 Jahr	57 Proc.	(37 : 28)
45,2 »	(38 : 46)	2 »	47 »	(23 : 26)
42,0 »	(24 : 33)	3 »	48,7 »	(19 : 20)
41,3 »	(19 : 27)	4 »	45 »	(14 : 17)

Bei der Zusammenstellung dieser Zahlen muss nun wohl dem Autor selbst der Gedanke gekommen sein, dass die hier festgestellten Unterschiede zwischen den Resultaten der Total- und der Partialoperationen wirklich zu geringe sind, als dass sich daraus die absolute Ueberlegenheit der Totalexstirpation über die partielle

folgern liesse, denn er schliesst hier: »Die Zusammenstellung zeigt, dass die Totalexstirpation wenigstens so sicher vor Rückfällen schützt, wie die partiellen Operationen!« Dies braucht allerdings meiner Ansicht nach nicht erst mit grossen Statistiken bewiesen zu werden, da der gesunde Menschenverstand im Allgemeinen wohl ausreichen wird, ohne weiteren Beweis zu glauben, dass die Entfernung eines ganzen Organs keine schlechteren Heilresultate geben wird, wie die nur eines Theiles desselben. Der ganze Standpunkt erscheint überhaupt in der Arbeit von Tannen verschoben, wenn er meint, ein Vergleich zwischen den Resultaten beider Operationen, wie ich ihn aufgestellt, sei zwar ziffermässig richtig, in Wahrheit aber unrichtig, da das verwerthete Material nicht gleichwerthig sei. Einen solchen »Vergleich« habe ich nie aufgestellt und würde ihn nie aufstellen, weil ich ihn für unsinnig halten müsste: ich habe an unseren Operationsresultaten zahlenmässig nachgewiesen, welche Erfolge mit Anwendung der Totalexstirpation und der Partialoperationen — je nach der anatomischen Lage des Falles — zu erreichen sind, und habe bewiesen, dass der beste Theil unserer Erfolge durch Partialoperationen erreicht sei, und dass diese deshalb für die Mehrzahl der operirten Fälle genüge. Von einer Folgerung, »dass die partiellen Operationen bedeutend mehr vor Rückfall sicherten, als die totalen«, kann also wohl keine Rede sein![11])

Die aus seiner Tabelle gezogene Erkenntniss hält aber den Autor doch nicht ab, auf der nächsten Seite zu wiederholen, dass seine Gründe wohl genugsam für die Verwerfung der partiellen Operationen sprächen, und schliesslich in Thesenform den Satz aufzustellen, dass alle partiellen Operationen zu verwerfen und statt ihrer allein die vaginale Totalexstirpation zu machen sei. Meiner Ansicht nach ist der zu ziehende Schluss gerade umgekehrt, nämlich der, dass mit partiellen Operationen fast genau dieselben guten Dauerresultate erreicht sind, wie mit der Totalexstirpation allein. Mit anderen Worten heisst dies natürlich nichts Anderes, als dass im Wesentlichen nur diejenigen Formen und Stadien des Gebärmutterkrebses eine Aussicht auf dauernde Heilung bieten, bei welchen man mit partiellen Operationen auskommen kann. Dieser Eindruck wird noch wesentlich verstärkt durch ein näheres Studium der von Tannen mitgetheilten Einzelheiten. Ohne den Dingen irgendwie Gewalt anthun zu wollen, kann man nach der Beschreibung ohne Weiteres sagen, dass die Fälle mit länger festgestellter Heilung auch für eine supravaginale Amputation recht geeignet gewesen wären. In hohem Grade auffallen muss die grosse Anzahl der Portiocarcinome im Verhältniss zu den Cervixcarcinomen.

Ausser diesen ausführlichen Mittheilungen über die Endresultate liegen noch zwei kurze, aber bedeutsame Mittheilungen vom X. Internat. Congress vor, zunächst von Olshausen, welcher von 40 in den letzten Jahren Operirten nach 2 Jahren noch 19 oder $47\frac{1}{2}$ Proc. gesund fand. Von 56 aus früherer Zeit Operirten waren (nur ?) noch 6 recidivfrei, was er durch eine zu weit gehende Indicationsstellung erklärt. Ferner theilte Schauta mit, dass er 47,3 Proc. Heilungen nach 2 Jahren bei seinen Operirten constatiren konnte. Bei diesen beiden Autoren sind allerdings die Carcinomformen nicht auseinander gehalten.

Meine eigenen Resultate, soweit sie etwa aus jenen 56 Operationsfällen zu entnehmen wären, sind leider für die Beantwortung dieser Frage der Dauerheilung nicht zu verwerthen, da ich in Folge meines mehrmaligen Wohnungswechsels die meisten Operirten aus dem Auge verloren habe. Soweit ich wieder etwas erfahren konnte, stellt sich das Resultat nach Abzug der p. oper. Verstorbenen so, dass von 25 Operirten nach Verlauf eines Jahres noch 15 gesund waren, 10 an Recidiv erkrankt. Von den 15 Gesunden erkrankten im Verlauf des zweiten Jahres noch 5 am Recidiv, von den meisten Anderen habe ich nichts in Erfahrung bringen können; bei drei derselben ist die völlige Gesundheit 3 und $3\frac{1}{2}$ Jahre sicher festgestellt. Hierunter ist mindestens eine — jene Kranke, deren im II. Monat schwangeren Uterus ich auf dem Titelblatt des Grundrisses der gynäkologischen Operationen abgebildet habe — bei welcher wahrscheinlich eine einfache Amputation dasselbe Resultat herbeigeführt hätte, wenn nicht die bestehende Schwangerschaft mich damals die Totalexstirpation vorziehen liess. Auch bei 2 wegen Carcinom des Körpers Operirten ist bei der einen jetzt 4 Jahre, bei der anderen 2 Jahre ein völliger Gesundheitszustand ganz sicher festgestellt.

Soweit die Erfahrungen über diese Frage in der deutschen Literatur.

Im Ausland hat die Totalexstirpation bekanntlich von vornherein zunächst wegen ihrer Gefahren, dann wegen ihrer Unwirksamkeit — allerdings meist theoretischen — Widerstand gefunden. In Frankreich hat sie in den letzten Jahren entschieden gewonnen, wie es scheint, seitdem durch die Anwendung der Richelot'schen Klammern etwas national Französisches in die Technik aufgenommen ist, und sie hat besonders in Pozzi (l. c. pag. 409 ff.) einen sehr begeisterten Anhänger gefunden. In Russland hat sie jetzt ebenfalls festen Fuss gefasst (siehe Sajajitzki, Verh. d. X. intern. Congr. pag. 108). In England und Amerika ist ihre Berechtigung fast nur für die Carcinome des Corpus zugegeben. Die Verwerfung der Operation ist zum Theil eine geradezu fanatische. Gerade aus dem letzteren Lande dürften übrigens Diejenigen, welche die Totalexstirpation des Uterus für den bei Carcinom allein berechtigten Eingriff halten, eine etwas abkühlende Belehrung erfahren durch den mehrfach erwähnten Aufsatz in den Transactions of the American Gynaecological Society von John Byrne: A digest of twenty years experience in the treatment of uterine cancer by galvano-cautery. Die dort mitgetheilten Erfahrungen beziehen sich im Ganzen auf 367 Fälle, von denen allerdings fast die Hälfte wegen der starken Fluctuation der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten nicht weiter verfolgt werden konnte. Wenn ich zum Vergleich hier nur die Fälle heranziehe, welche sicher als Portio- und Cervixcarcinome anzusehen waren, so waren dies zusammen 140, von denen 47 sich der Beobachtung entzogen; 2 starben nach der Operation; bleiben also verwerthbar 91. Von diesen 91 sollen innerhalb zwei Jahren nur 13 ein Recidiv gezeigt haben, 9 Kranke waren erst innerhalb der letzten 2 Jahre operirt: bleiben also

[11]) Wenn übrigens Herr Tannen in seiner Begeisterung für die Totalexstirpation wieder mit der Einwendung kommt, dass die partiellen Operationen mindestens ebenso gefährlich seien, und dass eine Frau ohne Gebärmutter günstiger gestellt sei als eine mit hoch abgeschnittenem Scheidentheil, weil sie bei etwa eintretender Conception eine schwere, vielleicht lebensgefährliche Entbindung durchzumachen habe, so hätte ein etwas eingehenderes Literaturstudium ihm leicht zeigen können, dass ich genau dieselben theoretischen Bedenken an der Hand der literarisch bekannten Thatsachen schon einmal in einer Erwiderung von Brennecke (Berl. klin. W. 1886, Nr. 23) eingehend widerlegt habe Den dort angeführten, in der Literatur bekannten Fällen von glücklichen Entbindungen nach Amputation des Cervix wegen Carcinom füge ich einen neuen aus der erwähnten Arbeit von Byrne (l. c. pag. 89) hinzu: »Mrs. H., aged thirty-two, had well marked cancer of cervix, which was removed by galvano-cautery in February 1878. During the first year she returned for examination, but all at once ceased to report. Three months ago she made her appearence at my clinic in St. Mary's Hospital, stating that she had been a resident of Ohio for the last ten years, had given birth to four children during that time etc. etc. The surrounding tissues were soft and normal and no evidence of pelvic disease could be detected«. Ich kann also nur wiederholen, was ich an jener Stelle gesagt habe, und ich meine, es könnte für die deutsche gynäkologische Literatur nur vortheilhaft sein, wenn manche Autoren ihre mit grosser Sicherheit vorgetragenen Schlüsse mehr auf »bewiesene« als auf »geglaubte« oder theoretisch angenommene Thatsachen gründen möchten Das Gleiche gilt von der von Herrn Tannen von Neuem hervorgehobenen Gefährlichkeit der partiellen Operationen. Da an der Breslauer Klinik derartige Operationen nicht gemacht werden, woher hat dann Herr Tannen seine Erfahrungen über deren Gefährlichkeit? Ganz abgesehen von den seinerzeit von mir gegebenen, vom Autor selbst angeführten Zahlen (7,4 Proc. für die Gesammtzahl aller Operirten, auch aus der ersten Zeit, 4 Proc. für die letzten 50, 0 Proc. für die letzten 34 Operationen) verweise ich ausdrücklich auf die in der angeführten Dissertation von Mommsen aus der Berliner Frauenklinik veröffentlichten Zahlen. Von 138 Totalexstirpationen der letzten 4 Jahre starben 18 = 13 Proc.; von 82 supravaginalen Amputationen der letzten 7 Jahre starben 2 = 2,3 Proc. Hoffentlich wird jetzt endlich einmal der immer wieder vorgebrachte, der Natur der Sache nach eigentlich unmögliche, Einwand der grösseren oder gleichen Gefährlichkeit der supravaginalen Amputationen aufhören!

71 oder 77 Proc. (!), welche über 2 Jahre bis zu 18 Jahren gesund geblieben sein sollen. Diese Resultate erscheinen zunächst so auffallend, dass man sich mit Recht fragen könnte, ob die Diagnose wohl auch immer berechtigt war. Doch möchte ich daran erinnern, dass schon vor 10 Jahren von Pawlik, Wiener Klinik, aus der Braun'schen Klinik ausserordentlich günstige Heilresultate nach dem Gebrauch der Galvanokaustik mitgetheilt sind, und dass bei Gelegenheit der Zusammenstellung der Schroeder'schen Operationsresultate ich seinerzeit[12]) eine Anzahl ausgezeichneter Erfolge nach Anwendung des Glüheisens constatiren konnte, so auffallend gut, dass Schroeder sich damals veranlasst sah, von Neuem den Versuch zu machen, die blutige Operationsmethode mit der Behandlung durch das Glüheisen zu verbinden: ein Versuch, der aber bald wegen seiner technischen Schwierigkeiten wieder aufgegeben wurde. Auch Fraenkel (X. Internat. Congress) theilte jüngst wieder eine solche Heilung von 8 Jahren Dauer nach galvanokaustischer Amputation mit; ebenso sind in der Literatur noch zahlreiche andere zu finden (s. Pozzi, l. c.).

Wenn man nun diesen letzten Gesichtspunkt einmal ganz bei Seite lässt, so stellen sich die Erfahrungen über die Endergebnisse der operativen Behandlung des Carcin. cervic. nach den neuesten Mittheilungen folgendermaassen dar:

Kaltenbach (Totalexstirpation)	nach	1	Jahr	Heilungen	30	Proc.
Fritsch (dto)	»	2	»	»	47	»
Leopold (dto) incl. Carcin. corpor.	»	2	»	»	64,4	»
Martin (dto)	»	1	»	»	41	»
Schauta (dto) incl. Carcin. corpor.	»	2	»	»	47,3	»
Olshausen[13]) (dto) incl. Carcin corp.	»	2	»	»	47,5	»
Schröder-Hofmeier (Partialexst.)	»	2	»	»	45,2	»

Ich brauche kaum hinzuzufügen, dass von »Heilungen« natürlich nur soweit die Rede sein kann, als darunter Freisein von einer örtlichen Erkrankung verstanden ist.

In dieser Uebersicht fällt zweierlei wesentlich auf: 1) die ausserordentliche Gleichheit in den erreichten Heilungsziffern; (nur die Leopold'sche Ziffer ist wesentlich und bis jetzt allein höher). Wenn es erlaubt ist, aus dieser Thatsache einen Schluss zu ziehen, so dürfte es der sein, dass der Procentsatz der prognostisch günstigen Fälle von Carcinoma cervic. bei einem grösseren Material überall ziemlich gleich ist. 2) dass (mit einziger Ausnahme der Leopold'schen Zahlen) mit der grundsätzlichen Bevorzugung der Totalexstirpation allein keine erheblich günstigeren Resultate erreicht sind, als mit den Partialoperationen: mit anderen Worten, dass die Dauerheilungen nach der Totalexstirpation im Wesentlichen sich auf solche Fälle beschränken, bei welchen wahrscheinlich auch die partiellen Operationen genügt hätten zur Herbeiführung desselben Resultates. Alles Uebrige verfällt in mehr oder weniger kurzer Zeit dem Recidiv. Ich bin weit davon entfernt, hier die Frage des Genaueren untersuchen zu wollen, ob unter diesen Umständen bei solchen Fällen die Totalexstirpation zu machen sei oder nicht; ich für meine Person halte sie mit Kaltenbach, Fritsch, Schauta u. A. aus Gründen, auf welche ich hier nicht weiter eingehen will, auch hier häufig für einen sehr segensreichen Eingriff. Indess der Thatsache sich verschliessen, dass wir mit ihr in der Dauerheilung des Carcin. cervic. nicht viel weiter gekommen sind, wie früher, oder die mehr weniger verhüllten und unverhüllten Andeutungen verschiedener Autoren, dass es sich bei den Dauerheilungen nach Partialoperationen um diagnostische Irrthümer handle[14]), heisst doch, sich die Augen mit beiden Händen zuhalten!

Zugegeben selbst, dass bei der so grossen Verbesserung der augenblicklichen Resultate der Operation und mit Rücksicht auf das Alter der meisten dieser Kranken es praktisch ziemlich gleichgiltig ist, ob der Uterus zum Theil oder ganz entfernt wird: wissenschaftlich kann es, wie ich früher schon betont habe, »nicht gleichgültig sein zu wissen, dass gewisse Formen des Carcinom am Cervix bis zu einer gewissen Zeit ein rein örtliches und durch eine örtliche Operation zu beseitigendes Leiden sind«. Ja, ich möchte noch weiter gehen und sagen, dass es auch prognostisch und praktisch nicht gleichgültig ist, sich diese Erkenntniss vor Augen zu halten, denn sie beweist, dass nicht von einer weiteren Ausdehnung der Operation oder des Operationsfeldes eine noch weitere Besserung der Dauerresultate zu erhoffen ist. Darum stehe ich auch allen Versuchen, eine solche durch Ausräumung der Parametrien oder Eröffnung des kleinen Beckens von hinten her zu erreichen, äusserst skeptisch gegenüber. Nur von einer frühzeitigen Diagnose allein kann die Besserung erhofft werden, und in dieser Beziehung kann nicht genug hervorgehoben werden, welche Verantwortung die in der Praxis stehenden Collegen tragen, indem sie das Publicum auf die Bedenklichkeit gewisser Symptome aufmerksam machen und darauf dringen, dass zum Mindesten bei Zeiten eine bestimmte Diagnose gestellt wird[15]). In dieser Beziehung ist es von höchster Wichtigkeit, dass die von mir vor 4 Jahren festgestellte Thatsache jetzt durch reiche weitere Erfahrungen von anderen Seiten bestätigt ist, dass fast 50 Proc. der nicht zu fortgeschrittenen Carcinome des Uterus durch die Operation — sagen wir vorsichtig — zunächst einmal auf zwei Jahre von ihrem Leiden befreit werden können[16]).

(Schluss folgt.)

Zwei Fälle von Eklampsie.[1])

Von Prof. Dr. *Max Flesch* in Frankfurt a. M.

I. Fall. Frau K., 22 Jahre alt, stellte sich mir im November 1888 vor. Dieselbe stand im 8. Monat ihrer ersten Schwangerschaft, fühlte sich vollkommen wohl bis auf leichtes Oedem der Füsse und Stuhlverstopfung. Zweck der Vorstellung war allein die Bitte, ich möchte ihr, falls bei der Entbindung Schwierigkeiten entstünden, zur Unterstützung der Hebamme zur Verfügung stehen. Ich rieth ihr zum regelmässigen Gebrauch eines leichten Abführmittels, untersuchte ausserdem den Urin, der sich als eiweissfrei erwies. Am 16 December 1888 wurde ich Früh um 7 Uhr gerufen. Nach Angabe der Hebamme sollte die Entbindung seit 3 Uhr Nachts keine Fortschritte gemacht haben. Die Wehen traten sehr langsam und schwach auf. Der Kopf stand im Beckenausgang mit starker Kopfgeschwulst. Nach $1\frac{1}{2}$ stündigem Zuwarten entschloss ich mich zum Anlegen der Zange. Es gelang leicht, ein $7\frac{1}{4}$ Pfund schweres männliches Kind zu entwickeln. Vor der Extraction hatte ich mich überzeugt, dass die Blase leer war. Da das Kind zunächst nicht athmete, beschäftigte ich mich einige Augen-

---

12) Z. f. G. u. G.. Bd. 10.

13) In der Dissertation von Mommsen ist der Procentsatz der nach 2 Jahren constatirten Heilungen der Cervix- und Portio-Carcinomen allein für die Zeit vom Mai 1887 bis Juli 1888 bei einer Zahl von 50 überlebenden Operirten auf 17 = 34 Proc. angegeben (ohne dass hierbei Total- und Partial-Operationen auseinander gehalten wären)

14) Die Autoren der letzteren Categorie verweise ich ausdrücklich, soweit ihre Zweifel meine Veröffentlichungen etwa betreffen, auf die von mir gerade zu diesem Zwecke gegebene ausführliche Wiedergabe der Untersuchungsbefunde im 13. Bd. d. Z. f. G. u. G. An derselben Stelle habe ich auch in derselben Weise die zur Beobachtung gekommenen Recidive, besonders ihrer Verbreitung nach, zusammengestellt, und es muss sehr sonderbar erscheinen, wie die Herren Abel und Landau in der Vorrede zu ihrer sonst so verdienstlichen Uebersetzung des Buches von Williams es als ein besonderes Verdienst dieses Autors horvorheben, dass er als erster die Verbreitungswege des Recidivs berücksichtigt habe, wo der Autor selbst auf pag. 74 und 75 ausdrücklich auf meine Befunde des Längeren verweist. Die Bestätigung, welche meine damaligen Befunde und principiellen Anschauungen über diesen Punkt durch seine anatomischen Untersuchungen gefunden haben: dass nämlich die Recidive sich nicht nach dem Uterusstumpf, sondern nach dem Beckenbindegewebe zu verbreiten, scheint mir sehr werthvoll.

15) Wie viel leider in dieser Beziehung noch gefehlt wird, ist einmal zahlenmässig festgestellt in der erwähnten Dissertation von Mommsen: Von 64 Carcinomkranken waren 17 (!) von ihren ersten ärztlichen Berathern nicht untersucht, bei 6 weiteren trotz Untersuchung das Leiden nicht erkannt!

16) S. auch die Mittheilung von Flaischlen: »Zur Radikalheilung des Carcin. uteri«. Deutsche med. W. 1890 Nr. 30, der über 22 Operationsfälle von P. Ruge und sich selbst referirt, von denen 9 Kranke 1—5 Jahre nach der Operation gesund blieben.

1) Der folgende Aufsatz ist im Juli 1889 niedergeschrieben; die Verzögerung der Publication hat ihre Ursache in dem leider unerfüllten Wunsche des Verfassers, weiteres Material hinzufügen zu können. Unter einem für eine Privatpraxis relativ reichhaltigen geburtshülflichen Material habe ich in $2\frac{1}{2}$ Jahren nur die beiden hier besprochenen Fälle beobachten können. Gleichwohl glaube ich, um vielleicht eine Prüfung der anschliessenden Betrachtungen von anderer Seite anzuregen, dieselben veröffentlichen zu dürfen.

blicke mit der Wiederbelebung, die bald gelang. Als ich den Leib befühlte, um den Stand des Uterus zu constatiren, zeigte sich der letztere ziemlich stark ausgedehnt, es entleerte sich eine mässig grosse Menge Blutes. Nachdem durch Druck auf den Fundus die Nachgeburt leicht entfernt war, zog sich der Uterus gut zusammen, jedoch nur für einige Minuten. Bei dem Befühlen des Leibes war mir auf der linken Seite eine resistente Stelle in der Lumbalgegend aufgefallen, so dass mir der Gedanken gekommen war, dass vielleicht ein Tumor als Ursache des langsamen Geburtsverlaufes vorliege. Wiederum nach einigen Minuten erschien Frau K. auffällig blass. Ich befühlte den Leib und fand den Uterus bis über den Nabel ausgedehnt. Durch Reiben wurde derselbe unter Entleerung einer grossen Blutmenge (ca. $^1/_2$ Liter) zur Contraction gebracht. Zugleich zeigte sich deutliche Füllung der noch bei der Entfernung der Nachgeburt nicht fühlbaren Harnblase. Ich entleerte mittelst des Katheters eine enorme Menge Urins. Der Uterus blieb nunmehr contrahirt. Die vorher fühlbare Resistenz der Nierengegend war aber verschwunden. Ich konnte mir den Vorgang nicht anders erklären, als dass eine Hydronephrose bestanden hatte, welche nach Aufhebung der Compression des Harnleiters in Folge der Entbindung durch Entleerung in die Harnblase schnell die letztere gefüllt hatte und so verschwunden war. Ich sah die Patientin noch 3mal im Laufe des Tages, liess mehrmals das Kind anlegen und glaubte auf einen günstigen Wochenbettverlauf rechnen zu können. Abends 10 Uhr ward ich wieder gerufen, es seien Krämpfe eingetreten. Bei meiner Ankunft, etwa 25 Minuten nach dem ersten Anfalle, lag Patientin ruhig da, ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Ich legte das Thermometer an und bereitete eine Morphium-Injection vor. Noch während ich damit beschäftigt war, trat ein neuer Anfall ein, der zuerst beide Hände, dann das rechte und darauf das linke Bein betraf und etwa $1^1/_2$ Minuten andauerte. Die Zuckungen waren sehr heftig, die Zunge wurde ziemlich stark zerbissen. Nach dem Anfalle war Patientin unbesinnlich, cyanotisch, mit starkem, trachealen Rasseln. Die Temperatur war erhöht (ca 40), der Puls beschleunigt. Ich machte eine Morphium-Injection (0,03 g) und liess Chloroform holen. Ein weiterer Anfall trat indessen nicht ein. Patientin blieb in dem unbesinnlichen Zustande bis zum Abend des folgenden Tages. Sie erholte sich dann und ich liess sogar das Kind mit Erfolg weiter anlegen. Mutter und Kind sind bis heute vortrefflich gediehen. Ein zweites Kind wurde vor kurzem ohne Kunsthülfe und ohne Wiederholung der eklamptischen Anfälle geboren. Die Untersuchung des Urins war mit grossen Schwierigkeiten verknüpft. Ich konnte mich nicht entschliessen, den Katheter wiederholt anzulegen und erhielt daher erst am 4. Tage den Urin soweit frei von Blut, dass ich auf die chemische Untersuchung Gewicht legen konnte, vorher konnte ich nicht entscheiden, ob der ziemlich grosse Eiweissgehalt vom Abend des 2. Tages nicht wesentlich dem beigemengten Blut zuzuschreiben war. Die mikroskopische Untersuchung am 4. Tage ergab neben beigemengten Epithelien ausserordentlich zahlreiche Krystalle von Tripelphosphaten. Der Eiweissgehalt war ein sehr geringer, nach Esbach's Albuminimeter nicht ganz $^1/_4$ Proc. Am 11. Tage war der Urin bereits eiweissfrei. Stuhlgang wurde am Morgen des 3. Tages (36 Stunden p. p.) durch Ricinusöl herbeigeführt, es entleerten sich enorme Kothmassen. Patientin gab zu, dass sie in keiner Weise für Stuhlgang gesorgt habe. Weitere Stuhlentleerungen erfolgten spontan, überhaupt war nicht das Mindeste im späteren Verlauf unregelmässig, die Erholung der Patientin eine ungemein schnelle.

Aus der Vorgeschichte war absolut nichts zu erfahren, was mit dem Auftreten eklamptischer Störungen in Zusammenhang hätte gebracht werden können. Patientin war als Kind in geringem Grade rachitisch, ob sie Scharlach oder Diphtheritis durchgemacht hatte, war nicht mit Sicherheit zu erfahren, keinesfalls war sie früher schwer krank gewesen, da sich die Mutter nur an leichte Kinderkrankheiten erinnern kann. Der einzige Umstand, der vielleicht einige Bedeutung beanspruchen kann, ist der, dass Patientin genöthigt war, weil sie bereits 5 Monate vor der Trauung schwanger geworden war, ihren Zustand zu verbergen, bis sie kurz vor der Trauung aus dem Elternhause in Sachsen nach Frankfurt a/M. übersiedelte. Ob starkes Schnüren zur Herbeiführung der Hydronephrose beigetragen hatte, muss dahingestellt bleiben.

II. Fall. Frau P., 30 Jahre alt, mir als Verwandte von Jugend auf bekannt, hatte vor 5 Jahren zum erstenmale geboren. In der damaligen Schwangerschaft war sie im 7. Monat in Folge eines Schwindelanfalles (zufällig in meiner Anwesenheit) eine Treppe hinuntergestürzt ohne Schaden zu nehmen. Das Kind wurde ausgetragen, zeigte indessen Erscheinungen eines angeborenen Herzfehlers, dessen etwaiger Zusammenhang mit einer bei jenem Falle erfolgten Schädigung dahingestellt bleiben muss. Frau P. kam im Juni 1888 zu mir mit dem dringenden Wunsche einer Behandlung unterzogen zu werden, nachdem sie seit der Geburt des ersten Kindes unfruchtbar geblieben war. Die Untersuchung ergab hochgradige Anämie, Descensus uteri, Erosionen und Endometritis cervicalis. Durch einfache Behandlung — Holzessigirrigation im Speculum — später Anlage eines Pessars in Verbindung mit einem zweckmässigen diätischen Regim, hob sich das Allgemeinbefinden schnell. Schon nach 3 Monaten, kurz nach Anlegung des Ringes trat Conception ein.

Am 16. März 1889 wurde ich Nachmittags $^1/_2$3 Uhr plötzlich gerufen, es seien Krämpfe eingetreten; dieselben hätten sich während des Mittagsschlafes in Form von Zuckungen, zuerst der Hände, dann des ganzen Körpers gezeigt, in Verbindung mit Verzerrungen des Gesichtes und schnarchendem Athem. Etwa 20 Minuten nach dem ersten Anfalle war ich zur Stelle. Die Patientin lag auf dem Sopha, wach aber verwirrt und unklar in ihrem Sensorium. Das Gesicht war cyanotisch, auf der linken Seite zeigte sich eine Gruppe von Bläschen mit umgebendem rothem Hof. In der Zunge links fand sich eine ziemlich stark blutende Bisswunde. Kurz nach meiner Ankunft traten nochmals Zuckungen der Arme ein, die zwar nur wenige Secunden anhielten, jedoch vollkommen eclamptischen Zuckungen glichen. Patientin erholte sich, ohne irgend welche Erinnerung an das Vorgefallene zu zeigen und gab an, dass sie seit langer Zeit an starker Verstopfung gelitten habe. Seit 3 Tagen war sie ohne Stuhlgang. Sie glaubte ausserdem sich durch den Genuss einer allzugrossen Portion Kieler Sprotten eine Indigestion zugezogen zu haben. Der Leib war hart, die Zunge stark belegt. Es wurde sofort ein Clysma verabfolgt, ausserdem Ricinusöl verordnet. Es traten sehr starke Kothentleerungen ein, die grosse Erleichterung brachten. Wiederholte Darreichung von Ricinusöl, später täglicher Gebrauch von Brustpulver und abführenden Pillen bildete die einzige Behandlung. Eine Wiederholung des Anfalles fand nicht statt. Der Ausschlag im Gesicht blieb noch mehrere Wochen bestehen. Die Untersuchung des Urins ergab zuerst unmittelbar nach dem Anfall kein Eiweiss, am Abend und den folgenden Tagen trat geringer Eiweissgehalt auf, der nach einigen Tagen wieder allmählich verschwand. Ergänzend sei noch bemerkt, dass die Zeit des Anfalles genau dem Termin der Menstruation entsprach. Acht Wochen später erfolgte ohne jede Schwierigkeit die Entbindung von einem kräftigen, ausgetragenen Kinde. Die Patientin hatte sich während dieser 8 Wochen ausgezeichnet erholt, hat ihr Kind selbst gestillt und ist gesunder als je zuvor.

In diesem zweiten Fall ist der eklamptische Anfall auf das evidenteste auf eine Verdauungsstörung zurückzuführen, als deren Ursache vielleicht ebensosehr die Kothverhaltung als der übermässige Genuss der Kieler Sprotten anzusehen ist. Dass es sich um einen eklamptischen Anfall und nicht um eine einfache Ohnmacht handelt, halte ich für gesichert. Ganz leichte Wiederholung der Zuckungen in meiner Gegenwart, das erste Auftreten der Zuckungen im Schlafe, das Zerbeissen der Zunge, das cyanotische Aussehen des Gesichtes dürften das genügend beweisen; von Hysterie ist bei der Patientin nicht die Rede, im Gegentheil ist mir kaum eine Frau bekannt, bei welcher jegliche hysterische Anwandlung besser ausgeschlossen sein könnte, als bei der ungemein energischen, ruhigen Patientin. Neuropathische Belastung, die bei anderen Zweigen der Familie mütterlicherseits vorliegt, ist gerade bei der Mutter und der einzigen Schwester der Patientin absolut nicht bemerkbar, wie ich sicher behaupten kann. Es darf kaum einem Zweifel unterliegen, dass hier der eklamptische Anfall durch eine schwere Verdauungsstörung ausgelöst wurde, dass auch die leichte Albuminurie der folgenden Tage eine secundäre Erscheinung der Intoxication durch die im Darm enthaltenen zersetzten Stoffe war.

Die beiden hier mitgetheilten Beobachtungen betreffen sehr leichte Fälle von Eklampsie. Wenn ich dieselben gleichwohl zum Anlass dieser Mittheilung gewählt habe, so geschieht es, weil ich kaum eine Krankheit weiss, bezüglich derer die vorhandenen Erklärungsversuche und die Darstellungen der Handbücher so wenig befriedigend erscheinen, als gerade bezüglich dieser wichtigen, leider so oft tödtlichen Complication der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Wenn mir auch die Specialliteratur nicht zugänglich war, so hat doch selbst die umfassende neueste Darstellung Veit's in Müller's Handbuch den gleichen unbefriedigenden Eindruck bei mir hinterlassen. Es wird darauf hingewiesen, dass wir die eklamptischen Symptome als Folge verschiedener innerer Erkrankungen antreffen können. Die grosse Mehrzahl der Fälle zeigt indessen eine grosse Uebereinstimmung ihres klinischen Bildes. Die vereinzelten Fälle — ich habe selbst die Section eines solchen vorgenommen —, in welchen apoplektische Ergüsse den wesentlichen Sectionsbefund darstellen, sind nicht maassgebend für die grosse Mehrzahl, in welcher wesentliche Veränderungen des Gehirnes fehlen, in welcher Albuminurie im Leben, Veränderung der Nieren und Gehirnödem im Sectionsbefund das charakteristische Moment bilden. Naturgemäss hat man bei den Erklärungsversuchen vielfach die zuletzt genannten Erscheinungen der Deutung zu Grunde gelegt, indessen ist bereits darauf hingewiesen worden, dass bei vollständig gesunden Nieren Eklampsie bestehen kann. In un-

serem zweiten Falle ist die Albuminurie jedenfalls erst nach den Anfällen aufgetreten. Auch im anatomischen Befunde der Nieren haben sich Anhalte ergeben, dass es sich in der Veränderung der Nieren um etwas Secundäres handle. Es hat sich häufig Fett-Embolie der Glomeruli gefunden, deren Ursache jedenfalls ausserhalb der Nieren, vielleicht in der Leber, zu suchen ist.

Vergleichen wir die Eklampsie der Schwangeren und Wöchnerinen mit der am Häufigsten zu beobachtenden Form der Eklampsie, der des frühen Kindesalters, so fehlt es nicht an Berührungspunkten.

Die Anfälle in schwereren Formen der Eklampsie des Kindesalters gleichen vollkommen jenen der Eklampsie der Schwangeren. Bei diesen schweren Formen der Eklampsie erfolgt auch der Tod unter ähnlichen Erscheinungen. Dort im frühesten Kindesalter ist die Eklampsie ein Symptom schwerer Verdauungsstörung, ihre Heilung erfolgt durch die Heilung eben der Verdauungsstörung selbst. Der Sectionsbefund ist im Ganzen ein ebensowenig positiver, wie bei der Eklampsie der Schwangeren. Der Zufall hat mich im Laufe der kurzen Zeit meiner praktischen Thätigkeit schon mehrere Male Eklampsie bei Kindern beobachten lassen, nachdem ich unmittelbar vorher mehrere Fälle von Eklampsie der Schwangeren in der Ohlshausen'schen Klinik zu sehen Gelegenheit hatte. Ich kann danach nicht darüber hinaus, beide Krankheitsbilder in Zusammenhang zu bringen und, wie ich glaube, dürfen die beiden von mir beobachteten Fälle beanspruchen, für eine Vergleichung verwerthbar zu sein. In beiden Fällen ist die Eklampsie ohne Vorboten eingetreten. In dem ersten Falle in Verbindung mit einer nachweislichen mechanischen Urinretention, die hier auch in anderer Weise — durch die starke Blutung nach der Entbindung — verhängnissvoll geworden ist. Im zweiten Falle ist eine Verdauungsstörung direct nachgewiesen. Monate lang bestand Retention von Kothmassen. Zu dem angehäuften Koth gesellte sich ein anerkannt schwer verdauliches Gericht in übermässiger Menge hinzu. Ist es undenkbar, dass die Aufnahme der aus der abnormen Verdauung entstandenen oder besser, aus einer Zersetzung des Darminhaltes bei dessen langem Verweilen im Darme hervorgegangenen, ptomaïnähnlichen Stoffe eine Intoxication bewirkt habe? Ich kenne für das Bild des eklamptischen Anfalles kaum einen besseren Vergleich, als den mit den Vergiftungserscheinungen, die ich in Luchsinger's Laboratorium bei dessen Experimenten über Vergiftung durch Amido-Verbindungen zahlreich gesehen habe. Ist es absolut auszuschliessen, dass, ebenso wie durch Resorption vom Darm aus, bei dauernder Urinverhaltung durch Anhäufung von Stoffen, welche unter normalen Verhältnissen zur Ausscheidung gelangen, eine Intoxication zu Stande kommt? ganz abgesehen von der nur für einzelne Fälle nachweisbaren Retention des Harnstoffes bezw. der Ammoniämie durch primäre Nierenerkrankung. Ist die Annahme unzulässig, dass das Einheitliche in der Auffassung der Eklampsie in der Intoxication zu suchen, die Verschiedenartigkeit ihres Auftretens dagegen, die Ungleichheit des anatomischen Befundes, aus der Verschiedenheit des Weges und des Zeitpunktes der Intoxication abzuleiten sei. In dieser Auffassung werde ich bestärkt durch Alles, was ich bei der Beobachtung des Einflusses der Darmfüllung auf die Eiweissausscheidung bei Scharlach-Nephritis beobachtet habe. Ich habe mich wiederholt davon überzeugen können, dass bei Stuhlverhaltung der Eiweissgehalt des Urins zunahm, dass Verabreichung von Abführmitteln prompt die Albuminurie verminderte. Es lässt sich diese Thatsache doch kaum ungezwungener erklären, als durch die Annahme, dass bei längerem Verweilen des Darminhaltes im Körper Stoffe gebildet werden, welche nach der Resorption im Darme durch die Nieren zur Ausscheidung gelangen und hier auf das entzündlich veränderte Organ einen neuen Reiz ausüben. An eine »Ableitung« auf den Darm braucht man in unseren Fällen nicht zu denken; ich habe es nie zur Diarrhöe kommen lassen; auch war die Urinabscheidung eher eine gesteigerte. Auch der günstige Einfluss des Calomel auf die Albuminurie kann wohl in dem angedeuteten Sinne aufgefasst werden. Wir müssen bei Berücksichtigung dieser Ueberlegungen bezüglich der Eklampsie nur daran festhalten, dass ebensowohl gesteigerte Bildung der schädlichen Stoffe (bei Fäcalretention) als gehemmte Abscheidung der allenfalls unter normalen Bedingungen entstehenden geringen Menge derselben (Ureteren-Compression durch den schwangeren Uterus) ihre toxische Anhäufung bewirken mag. Auf diese Art käme man dazu, das gleichartige Krankheitsbild bei so verschiedenartigem Befunde erklärt zu finden. Wir entfernen uns mit dieser Auffassung nicht von bereits bestehendem: Schliesslich ist sie nichts Anderes als eine Erweiterung der Hypothese, welche die Eklampsie mit der Urämie zusammenbringt. Sie ist nichts Anderes, als eine Wiederholung und Erweiterung der von Spiegelberg gegebenen Darstellung.

In thatsächlicher Hinsicht mögen aber unsere beiden Fälle vielleicht doch einigen Werth beanspruchen, weil in dem einen derselben die vorangegangene Urinverhaltung, in dem anderen die vorangegangene Fäcalretention direct zum Nachweis gelangt sind. Dennoch würde ich es nicht wagen, beide Beobachtungen zum Gegenstand einer Publication zu machen, wenn nicht die toxische Auffassung der Eklampsie auch in therapeutischer Hinsicht zu für manche Fälle verwerthbaren Erwägungen führte. Vergleichen wir die Eklampsie der Schwangeren mit der Eklampsie des Kindesalters, so darf auch wohl die Therapie beider Zustände gegenseitige Rücksicht nehmen. Die Eklampsie des Kindesalters sucht vor allen Dingen den krankhaften Verdauungsverlauf zu heben. Klystiere, Abführmittel, Priesnitz'sche Einwickelung des Unterleibes genügen in den meisten Fällen, um die Anfälle zuerst abzuschwächen, dann ganz zu beseitigen, während zur augenblicklichen Milderung Chloral, in Klystieren verabreicht, gute Wirkung zeigt. In unserem zweiten Falle hat die energische Anwendung von Klystieren und Abführmitteln der Wiederholung des Anfalles vorgebeugt. Offenbar hat es sich hier um einen ganz leichten Fall gehandelt, aber ich würde nicht Bedenken tragen, sobald mir wiederum Gelegenheit sich bietet, die Nutzanwendung zu ziehen und durch Einführung von Abführmitteln, nöthigen Falls mit der Schlundsonde und noch mehr durch hohe Eingiessungen vom Mastdarm aus, die Entfernung toxischer Stoffe zu bewirken, durch nasse Einwickelungen nach dem Muster Jaquet's von der Haut aus die mangelnde Urinabsonderung und die Ausscheidung toxischer Stoffe zu fördern. Bei einer Krankheit, bei welcher bis jetzt Mangels einer klaren Erkenntniss über ihr Wesen die Therapie eine rein symptomatische sein muss, wird ein Versuch in diesem Sinne, falls er wirklich das Wesen der Krankheit trifft, gewiss eine Berechtigung haben.

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1889.

Vom k. Centralimpfarzte Dr. *Ludwig Stumpf.*

I. Statistischer Theil.

A. In Bezug auf die erste Impfung.

Bei einer Einwohnerzahl im Königreiche Bayern gemäss der Volkszählung vom Jahre 1885 von 5,420,199 Menschen wurden im Jahre 1889 nach § 1 al. 1 des Reichsimpfgesetzes impfpflichtig 169897

Im Laufe des Geschäftsjahres vor dem Nachweise erfolgreicher Impfung zugezogene, im Vorjahre geborene Kinder 6053

Von diesen sind im Laufe des Geschäftsjahres ungeimpft gestorben 13838

Ungeimpft verzogen sind 8750

Von der Impfpflicht befreit, weil sie die natürlichen Blattern überstanden haben 18

Bereits im Vorjahre eingetragen als mit Erfolg geimpft 16139

Bereits in vorhergehenden Jahren mit Erfolg geimpft, aber erst jetzt zur Nachschau erschienen . 135

Es sind impfpflichtig geblieben:

zum 1. Male	133668	
» 2. »	3098	
» 3. »	304	
mithin im Ganzen	137070	
Von den Pflichtigen wurden geimpft . .		128988
Von Letzteren sind mit Erfolg geimpft . .		126176
» » » ohne Erfolg geimpft . .		2686
nämlich zum 1. Male		2331
» 2. »		294
» 3. »		61

Mit unbekanntem Erfolge, weil nicht zur Nachschau erschienen 126

Auf 100 Pflichtige treffen ohne Erfolg Geimpfte 2,08

Zahl der Geimpften (die 1889 Geborenen miteingerechnet) 144095

Art der Impfung:

Mit Menschenlymphe	a) von Körper zu Körper .	5207
	b) mit Glycerinlymphe .	422
	c) mit anders aufbewahrter L.	319
Mit Thierlymphe	d) von Körper zu Körper .	—
	e) mit Glycerinlymphe .	134151
	f) mit anders aufbewahrter L.	3996

Ungeimpft blieben sonach und zwar:

1. auf Grund ärztl. Zeugnisses vorläufig zurückgestellt 6006
2. weil nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend 1537
3. weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen . 539

im Ganzen 8082

Zahl der während des Geschäftjahres geborenen und bereits mit Erfolg geimpften Kinder . . 15107

Resultate bei Methode:

Impfung mit Menschenlymphe	a) Zahl der erzielten Blattern	40563
	Darunter je eine . .	77
	» Fehlimpfungen .	30
	b) Zahl der erzielten Blattern	2950
	Darunter je eine . .	13
	» Fehlimpfungen .	4
	c) Zahl der erzielten Blattern	20076
	Darunter je eine . .	18
	» Fehlimpfungen .	18
Impfung mit Thierlymphe	d) Zahl der erzielten Blattern	—
	Darunter je eine . .	—
	» Fehlimpfungen .	—
	e) Zahl der erzielten Blattern	863048
	Darunter je eine . .	5638
	» Fehlimpfungen .	2568
	f) Zahl der erzielten Blattern	30048
	Darunter je eine . .	93
	» Fehlimpfungen .	66

Es wurde demnach erzielt:

	Durchschnittliche Blatternzahl pro Kind	Procent je einer Blatter	Procente der Fehlimpfungen
durch Methode a)	7,8	1,5	0,6
» b)	7,0	3,1	0,9
» c)	6,5	5,6	5,6
» d)	—	—	—
» e)	6,4	4,2	1,9
» f)	7,5	2,3	1,7

Im Laufe des Geschäftsjahres sind ungeimpft gestorben in Procenten der impfpflichtig Gebliebenen . 10,1

Im Laufe des Geschäftsjahres sind ungeimpft verzogen in Procenten der impfpflichtig Gebliebenen . 6,4

Ungeimpft blieben in Procenten der impfpflichtig Gebliebenen:

1. weil auf Grund ärztlichen Zeugnisses vorläufig zurückgestellt 4,4
2. weil nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend 1,1
3. weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen . 0,4

Mithin im Ganzen 5,9

B. In Bezug auf die Wiederimpfung.

Die Gesammtzahl der nach § 1 al. 2 des Reichsimpfgesetzes zur Wiederimpfung vorzustellenden Kinder betrug 133384

Hievon sind im Laufe des Geschäftsjahres ungeimpft gestorben 158

Ungeimpft verzogen 2090

Von der Impfpflicht befreit, weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre die natürlichen Blattern überstanden haben 9

Während der vorhergehenden 5 Jahre mit Erfolg geimpft 808

Zugezogen sind im Laufe des Geschäftsjahres . 887

Es sind impfpflichtig geblieben:

zum 1. Male	127417
» 2. »	3073
» 3. »	716
im Ganzen	131206

Zahl der Geimpften		129600
Mit Erfolg		123650
Ohne Erfolg		5787
zum 1. Male	4487	
» 2. »	949	
» 3. »	351	

Mit unbekanntem Erfolge, weil nicht zur Nachschau erschienen 163

Art der Impfung:

Mit Menschenlymphe	a) von Körper zu Körper .	4729
	b) mit Glycerinlymphe .	669
	c) mit anders aufbewahrter .	42
Mit Thierlymphe	d) von Körper zu Körper .	—
	e) mit Glycerinlymphe .	121575
	f) mit anders aufbewahrter .	2585

Ungeimpft blieben somit und zwar:

1. Auf Grund ärztl.Zeugnisses vorläufig zurückgestellt 905
2. Wegen Aufhörens des Besuches einer die Impfpflicht bedingenden Lehranstalt 58
3. Weil nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend 269
4. Weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen . 374

Im Ganzen 1606

Resultate bei Methode:

Impfung mit Menschenlymphe	a) mit Erfolg	4565
	ohne Erfolg	164
	mit unbekanntem Erfolge	—
	b) mit Erfolg	579
	ohne Erfolg	89
	mit unbekanntem Erfolge	1
	c) mit Erfolg	38
	ohne Erfolg	4
Impfung mit Thierlymphe	d) mit Erfolg	—
	ohne Erfolg	—
	e) mit Erfolg	116032
	ohne Erfolg	5381
	mit unbekanntem Erfolge	162
	f) mit Erfolg	2436
	ohne Erfolg	149
	mit unbekanntem Erfolge	—

Auf 100 Revaccinirte treffen solche ohne Erfolg 4,5

Procente der Fehlimpfungen bei Methode a) .	3,5
» » » b) .	13,3
» » » c) .	9,5
» » » d) .	—
» » » e) .	4,4
» » » f) .	5,8

Ungeimpft blieben in Procenten der Pflichtigen:

1. auf Grund ärztlichen Zeugnisses vorläufig zurückgestellt 0,7
2. wegen Aufhörens des Besuches einer die Impfpflicht bedingenden Lehranstalt 0,04

3. weil nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend .	0,2
4. weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen .	0,3
im Ganzen	1,2.

(Fortsetzung folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Ein Fall von Digitalis-Vergiftung. Von Dr. Hauber in Arnstorf.

Am 21. Januar l. J. befragte mich ein 72jähriger Bauer wegen Abnahme seines Sehvermögens. Beide Augen hatten normale mittelgrosse Pupillenweite; das linke Auge hatte bedeutende Abnahme der Sehkraft, das rechte war noch etwas besser. Der Augenspiegel lehrte Atrophie der Sehnerven, links fast total, rechts noch nicht so weit vorgeschritten.

Als ich dem Bauern das Bedenkliche seines Augenzustandes bedeutete, war er nicht zufriedengestellt, hegte Zweifel in die Diagnose und frug einen in der Augenheilkunde renommirteren Collegen, der ihm Tr. Digitalis aeth. 3mal 10 Tropfen pro die verordnete, die der Bauer so lange fortzunehmen habe, bis durch Grün und Gelb vor den Augen das Zeichen kommender Besserung gegeben sei. Der alte Mann that dies mit erklärlichem Eifer vom 25. Januar l. J. an. Am 12. Februar sah ich den Bauern wieder; er jammerte über Abnahme des Sehvermögens. Ich fand — ohne etwas zu ahnen — die Pupillen verengt, rechts mehr als links.

Am 16. Februar wurde ich zu dem fraglichen Bauern gerufen mit der Angabe, Delirien seien vorhanden.

Ich fand normale Temperatur, intermittirenden Puls, benommenes Sensorium. trockene Zunge, verengte Pupille, und zwar rechts mehr als links; Schlussunfähigkeit der Urinblase.

Nach eingezogener Erkundigung und Präsentation der Digitalistinctur war mir die Diagnose klar. Der Zustand war so hoffnungslos, dass ich von der angerühmten antidotischen Wirkung der Gerbsäure mir nichts mehr versprach. Ich liess sie reichen, fand aber am 18. Februar den Bauern moribund. Beide Pupillen waren verengt; das rechte gesundere Auge hatte eine ad minimum verengte Pupille; das linke Auge mit dem ohnehin schon nahezu atrophischen Sehnerven hatte etwas weitere, aber immerhin noch sehr beträchtlich verengte Pupille. Der erwähnte Zustand der Pupillen überdauerte auch noch den Tod.

Ich habe vorstehenden Fall nur dessentwegen der Veröffentlichung werth gehalten, weil der Pupillenbefund im Widerspruche steht mit den Angaben aller mir zugänglichen Lehrbücher und Schriften über die Wirkung der Digitalis — da übereinstimmend darin der Digitalis die Erweiterung zugeschrieben wird; dann aber auch deshalb, weil daraus ersichtlich ist, wie zur Wirkung der Digitalis theilweise auch ein gesunder Nerveneinfluss gehört; endlich auch deshalb, weil zu sehen war, wie die Wirkung in einem Parallelfalle von gesundem und krankem Auge sich gestaltet.

In wie weit die Traube'sche und Ackermann'sche Theorie über die Wirkungsweise der Digitalis auf den menschlichen Organismus sich mit vorstehender Beobachtung vereinen lässt, muss ich erfahreneren Toxikologen überlassen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Roux et Yersin: Contribution à l'étude de la diphtherie (3e mémoire). Annales de l'institut Pasteur, 1890. Nr. 7. S. 385.

Die Verfasser, deren Forschungen über das Gift des Diphtheriebacillus und den eigenartigen Charakter des ganzen Processes wir schon so bedeutende Aufklärung verdanken, bringen in vorliegendem Mémoire wieder eine Reihe namentlich für die Praxis wichtiger Ergebnisse zur Mittheilung.

Nach ihren Erfahrungen erscheint die bakteriologische Untersuchung bei fraglicher Diphtherie zur Stellung der Diagnose von grosser Bedeutung. Man entnimmt ein Fragment der Pseudomembran mittels eines Bäuschchens von hydrophiler Watte, das an einem passenden Träger (z. B. Pincette) befestigt ist, und fertigt von demselben durch Abstreifen Deckglaspräparate, die mit Löffler'schem Methylenblau oder mit Gentianaviolett nach Gram gefärbt werden. Man muss sich hüten, anstatt Bestandtheilen der Pseudomembran etwa bloss Mundschleim auf das Deckglas zu bekommen. Die Diphtheriebacillen, oft in Haufen gruppirt, erscheinen in Form von Stäbchen mit ein wenig verdünnten und abgerundeten Enden, leicht gekrümmt, birn- oder keulenförmig verdickt, körnig und ungleichmässig, übrigens bei Anwendung der Gram'schen Methode intensiv gefärbt. Sie fehlen nie bei Diphtherie und lassen sich bei einiger Uebung leicht von den anderen Bacterienarten unterscheiden; in manchen schweren Fällen erscheinen sie beinahe in Reincultur. Die Pseudomembranen der Mundhöhle enthalten mehr specifische Bacillen als jene der Trachea. In foetiden Membranen ist das Auffinden schwieriger, gelingt aber in Schnitten, die man aus den in Alkohol gehärteten Membranen herstellt, mittelst der Gram'schen Färbung und Eosin; unter der oberflächlichen Lage, welche sehr reich ist an anderen gewöhnlichen Mikroben, findet man, im Fibrin eingebettet, deutliche kleine Häufchen der specifischen Bacillen.

In der grossen Mehrzahl der Fälle liefert diese rasch auszuführende Untersuchung ein präcises Resultat, und es empfiehlt sich, dieselbe während des Verlaufs der Krankheit täglich vorzunehmen, da man die herannahende Heilung am Spärlicherwerden der Diphtheriebacillen und der Zunahme der anderen Keime erkennt. Geringe Zahl der ersteren erlaubt auch im Beginn des Leidens eine günstige Prognose. Die Verfasser glauben, dass gewisse, in den Membranen vorkommende andersartige Bacterien die Entwickelung der Diphtheriebacillen behindern und sind mit Versuchen hierüber beschäftigt.

Eine noch zuverlässigere Diagnose erlaubt natürlich das Culturverfahren auf erstarrtem Blutserum nach Löffler, das schon früher von den Verfassern beschrieben wurde. Mittelst eines sterilisirten Platinspatels wird die Pseudomembran oberflächlich abgestreift und das am Spatel Haftende auf der Serumfläche verstrichen. Mit demselben Spatel bestreicht man dann, ohne denselben von Neuem mit Diphtheriematerial zu beladen, successive 4—5 weitere Serumröhren, wodurch eine allmälige Verdünnung der Aussaat entsteht. Die Diphtheriebacillen wachsen bei Brüttemperatur auf Blutserum weitaus rascher und üppiger als die sonst in den Membranen vorkommenden Arten. Der von Babes, Prudden u. A. beschriebene, in den Membranen stets vorkommende Streptococcus bildet auf Serum sehr kleine Colonien. Der Unterschied zwischen Serumröhren, die mit Material einer Diphtheriemembran, und solchen, die von einer nicht specifischen Angina her besät sind, ist schon nach 20stündigem Aufenthalt im Brütofen ein sehr grosser. Im ersteren Fall finden sich zahlreiche wohlentwickelte, rundliche, grauweissliche, mit dichterem Centrum versehene Colonien, im letzteren fehlt in der Regel überhaupt alles deutliche Wachsthum. In 22 Fällen von einfacher und in 4 Fällen scarlatinöser Angina konnten die Verfasser die Abwesenheit des Diphtheriebacillus constatiren. Man muss sich nur auch bei diesen Culturversuchen sehr hüten, Mundschleim anstatt Membrantheilchen auf die Serumfläche zu bringen. Das blosse Aussehen der Colonien genügt natürlich nicht; ein paar Mal fanden die Verfasser Mikrococcusarten, welche ähnlich aussehende Colonien bildeten, wie die Diphtheriebacillen.

Die Cultur auf Serum gelingt auch aus eingetrockneten Membranen, die vorher in etwas reinem Wasser erweicht werden. In trockenem Zustande bleiben die Bacillen sehr lange lebensfähig, können auch Temperaturen von 95—98° während einstündiger Dauer überstehen.

Die auf Serum erhaltenen Colonien können durch Uebertragen und Verdünnen in steriler Bouillon und nochmalige Aussaat auf Serum völlig gereinigt und dann zu Thierversuchen verwendet werden, wodurch die Diagnose absolut gesichert wird.

Die Verfasser sprechen die Hoffnung aus, dass die geschilderten Maassnahmen zur Feststellung der Diagnose von jetzt ab auch in der Praxis angewendet werden. Um sich von ihrer praktischen Durchführbarkeit zu überzeugen, wurden im Diphtheriepavillon des Pariser Kinderspitals eine Zeit lang bei allen Zugängen täglich Untersuchungen auf Diphtheriebacillen ausgeführt. In der Regel konnte nach 24 Stunden eine bakteriologische Diagnose gestellt werden, wodurch die klinische Diagnose in vielen Fällen an Sicherheit gewann. Vom 11. April bis 26. Mai wurden 80 Zugänge untersucht; bei 61 fanden sich die specifischen Bacillen, wovon 30 starben und 31 geheilt

wurden. Unter den tödlich verlaufenen Fällen waren 16 Anginen, 8 Anginen mit Croup und 6 Croup ohne Angina. 9 Mal gelang es, durch blosse mikroskopische Untersuchung der Membranen die Diagnose zu stellen. Mehrere Fälle von Croup ohne Angina waren erst im Beginn, es genügte aber ein leichtes Abschaben der Schleimhaut der Mandeln und des Pharynx, um in der Cultur die specifischen Bacillen zu erhalten.

In 19 von den 80 Zugängen wurden die specifischen Bacillen vermisst. Die Verfasser zauderten nicht, diese Fälle als nicht diphtheritisch zu erklären, und der Verlauf bestätigte das; alle wurden geheilt, obwohl bei einigen vollkommen das klinische Bild der diphtheritischen Angina vorhanden war. Drei Krankengeschichten werden ausführlich mitgetheilt. In den Pseudomembranen fanden sich hier hauptsächlich Coccen in enormer Menge. Da nun in derartigen, nach ihren klinischen Symptomen fälschlich für Diphtherie gehaltenen Fällen die Gefahr bei Verbringung in einen Diphtheriepavillon gross sei, so verlangen die Verfasser die Aufstellung eines mit den nöthigen Hilfsmitteln ausgerüsteten, in der Untersuchung geübten Assistenten, der die Zugänge vor ihrer definitiven Aufnahme in die Diphtherieabtheilung zu untersuchen und über das Weitere zu entscheiden hätte. Heutzutage müsse jeder Arzt überzeugt sein, dass das Vorhandensein des Klebs-Löffler-schen Bacillus in den Pseudomembranen die Diphtherie ebenso charakterisire, wie die Anwesenheit des Koch'schen Bacillus im Sputum die Lungentuberculose.

Mit dem Verschwinden der Pseudomembranen bei genesenden Fällen sind häufig die specifischen Bacillen nicht mehr aufzufinden. Die Verfasser haben nun aber Fälle constatirt, in denen 3—11, ja in einem Falle sogar 14 Tage nach Verschwinden der Membranen die Diphtheriebacillen in der Mundhöhle durch Cultur noch in virulentem Zustand nachgewiesen werden konnten; und zwar trotz der im Spital angewendeten antiseptischen Gurgelungen. Offenbar ist sonach die Möglichkeit einer späteren Ansteckung von geheilten Diphtheriekranken aus durchaus nicht von der Hand zu weisen. Die Verfasser deuten darauf hin, dass eigentlich auch hier vom Arzt die bakteriologische Constatirung des Verschwindens der specifischen Bacillen verlangt werden müsste.

Von den übrigen Resultaten seien noch folgende hervorgehoben. Eine in Leinwand eingewickelte, trocken im Zimmer aufbewahrte Diphtheriemembran gab nach 5 Monaten noch Culturen der specifischen Bacillen, während eine andere, die nach der Eintrocknung im Freien dem Sonnenschein und Regen ausgesetzt wurde, schon nach $1^1/_2$ Monaten keine Colonien mehr lieferte. Im feuchten Zustand wurden Diphtheriebacillen schon bei 58^0 rasch getödtet. Dampfdesinfection der Kleider, Wäsche etc. ist daher absolut erfolgreich. In Frankreich sind schon von mehreren Aerzten mit Bekämpfung der Diphtherie durch radicale Desinfectionsmassregeln grosse Erfolge erzielt worden.

Sowohl bei Diphtheriefällen, die in Heilung übergehen, beim Eintritt der letzteren, als auch bei manchen gesunden Kindern — hier allerdings meist in sehr geringer Menge — finden sich in der Mundhöhle Bacillen, welche den Diphtheriebacillen vollständig gleichen, aber keine Virulenz besitzen. Es sind dies die von Löffler und G. Hoffmann sogenannten »Pseudo-Diphtheriebacillen«. Anderseits gelang es den Verfassern, die virulenten Bacillen künstlich abzuschwächen, wodurch sie den Pseudo-Diphtheriebacillen völlig gleich werden.

Diese Beobachtungen würden dann bedeutungsvoll, wenn man annehmen dürfte, dass die abgeschwächten Bacillen ihre Virulenz wieder gewinnen können. In der That gelang es den Verfassern, zu zeigen, dass bei gleichzeitiger Verimpfung der abgeschwächten Diphtheriebacillen mit sehr wirksamen Erysipelcoccen Meerschweinchen erlagen, und dass dann die Diphtheriebacillen ihre Virulenz wesentlich gesteigert hatten. Es ist deshalb nicht unmöglich, dass die Pseudo-Diphtheriebacillen unter Mitwirkung der Vegetation andersartiger Bacterien auf der Rachenschleimhaut auch spontan zur Virulenz gelangen können, wodurch das oft so plötzliche Auftreten der Diphtherie ohne nachweisbaren Zusammenhang sich erklären liesse. B.

C. Gerhardt: Lehrbuch der Auscultation und Percussion mit besonderer Berücksichtigung der Besichtigung, Betastung und Messung der Brust und des Unterleibes zu diagnostischen Zwecken. Fünfte Auflage. Mit 49 in den Text gedruckten Holzschnitten. Tübingen, H. Laupp. 363 S.

Es ist dem Recensenten eine ganz besondere Freude, das bekannte Lehrbuch in vielfach bereicherter Auflage anzeigen zu dürfen. Denn aus der ersten Ausgabe desselben hat er selbst vor zwei Jahrzehnten Lust und Anregung zum klinischen Studium in gleicher Weise geschöpft, wie aus den mündlichen Vorträgen des damaligen Jenenser Klinikers Gerhardt. Zu jener Zeit standen die physikalischen Untersuchungsmethoden, ihre praktische Entwickelung wie ihre theoretische Begründung noch auf dem Höhepunkt des klinischen Interesses. Das ist jetzt anders geworden. Die klinische Forschung hat andere Bahnen betreten und auf diesen werthvolle Hülfsmittel für die Erkennung der Krankheiten zu Tage gefördert. Diese Thatsache giebt dem Verfasser auch Veranlassung im Vorwort auf die hohe Bedeutung »der Untersuchungsweisen Skoda's und Laennec's« neben den neuen Methoden hinzuweisen. Doch erscheint dies wirklich nur den Wenigen gegenüber nothwendig, welche, nach des Verfassers Worten, »nur in dem Neuen und Neuesten schwelgen wollen«. Wer Einblick in die Thätigkeit des gediegenen Praktikers von Heute besitzt, wird zugeben, dass seine diagnostische Arbeit zu neun Zehnteln mindestens im Besichtigen, Betasten, Beklopfen und Behorchen besteht. Die physikalische Diagnostik ist der eiserne Bestand, den wir niemals aufgeben dürfen, wenn wir nicht die Grundlagen für das Erkennen der Brust- und Unterleibskrankheiten verlieren wollen. Denselben zu wahren und dem Lernenden darzubieten, ist das vorliegende Werk in hohem Maasse berufen. Geschrieben von Einem der hervorragendsten Kliniker, welche den von den älteren Meistern begonnenen Bau der physikalischen Untersuchungsmethoden vollendet haben, hat es sich in wiederholten Auflagen eine grosse Beliebtheit und allgemeines Ansehen erworben und steht auch in seiner neuesten Gestalt völlig auf der Höhe, welche sein bisheriger Ruf und der Name seines Verfassers erwarten lässt. Es ist überflüssig Weiteres zur Empfehlung des classischen Lehrbuchs anzuführen. Penzoldt.

Sonderegger: Vorposten der Gesundheitspflege. 3. umgearbeitete und vermehrte Auflage. 1890. St. Gallen. Verlag von Huber & Co.

Ein vorzügliches Buch, das uns in neuem Gewande erscheint. Die zwei vorausgegangenen Auflagen haben in wirksamer Weise dasselbe empfohlen, besser als es irgend ein Referat zu thun vermag. Wenn der Verfasser zu der zweiten Auflage sagt: »die Waffe solcher Vorposten soll das Schwert der Selbsterkenntniss sein und ihre Parole: Humanität«, so gilt das auch für die vorliegende Auflage. Das Buch ist nicht in seinen Principien abgeändert; die Grundsätze sind die gleichen geblieben, sowohl in der Anordnung des Stoffes, als auch in der Art, dem Leser den bisweilen trockenen Stoff der zahlenmässigen Hygiene verdaulich zu machen. Referent kennt kein medicinisches Buch ausser Billroth's Allgemeine Chirurgie, das in so fesselnder Weise wissenschaftliche Forschungsergebnisse in ihrer Nutzanwendung für das praktische Leben darzulegen versteht. Sonderegger ist ein Meister des Wortes und der plastischen Darstellung — er wendet sich an den Gebildeten jeden Standes. Um eine Sache durchsichtig und verständlich zu machen und sie zugleich dem Verständniss tief einzuprägen, weiss er in überraschender Weise Bilder und Gleichnisse aus dem Schatz seiner literarischen Bildung zu schöpfen.

Wenn eine solche Darstellungsweise auf streng wissenschaftlicher Basis sich aufbaut, wie das in vorliegendem Buch der Fall ist, so darf man wohl mit Recht sagen, dass Sonderegger's Arbeit zum Besten zählt, was wir in dieser Art besitzen — ein gediegener, hygienischer Rathgeber für's Haus, für die Familie und für's Gemeinwesen. Fern von aller Stubengelehrsamkeit sind die realisirbaren Interessen der Hygiene in den Vordergrund gerückt und das erreichbare Ziel scharf skizzirt. Allem Kurpfuscherthum ein abgesagter Feind sucht Ver-

fasser die kleinen und grossen hygienischen Schäden unserer Zeit aufzudecken, — Schäden, die kein anderer in ihrer Tragweite besser zu taxiren vermag als der praktische Arzt, der, wie Sonderegger, mitten im pulsirenden Leben steht und seinen Mitmenschen ein warmes Herz und den beseelenden Wunsch nach Abhilfe entgegenbringt.

In der neuen Auflage sind die Errungenschaften der neuesten Forschung gewissenhaft verwerthet — einzelne Kapitel völlig neu geschaffen, andere gründlich umgearbeitet.

Möge das vortreffliche Buch in das Haus jedes Gebildeten seinen Weg finden — es wird Hand in Hand mit den Bestrebungen des humanen Arztes arbeiten zum Wohle der Familie.

Garrè-Tübingen.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. October 1890.

Vorsitzender: Herr Schede.

(Schluss.)

II) Herr **Nonne: Ueber eine eigenthümliche Form einer familiären Erkrankung des Centralnervensystems;** stellt zwei Brüder vor, die denselben Symptomencomplex nervöser Erscheinungen bieten:

Bei dem ersten derselben, einem 44jährigen Manne, hatte sich vor 14 Jahren, im Anschluss an einen schweren psychischen und physischen Choc — Patient trieb über 48 Stunden auf den Wellen nach Untergang des Schiffes, auf dem er als Matrose fuhr — allmählich entwickelt: Schwäche und Coordinationsstörung der Beine, leichtere Coordinationsstörung der oberen Extremitäten, Nystagmus mit Parese der mm. recti oculor. sup. et externi, Abnahme des Sehvermögens, eine Sprachstörung, die in einer »phonischen« Störung ihre Ursache hatte und auf einer falschen Berechnung des Innervationsmaasses der Brust- und Mundmuskeln und Zunge beruhte, eine Störung der Mimik, die dieselbe Genese hatte; ausserdem war die Psyche leicht alterirt in Gestalt eines geringen Grades von Demenz und abnormer Jähzornigkeit; der Zustand war langsam progressiv mit zeitweiligem längeren Stillstand.

Bei dem anderen, 42jährigen Manne hatten sich dieselben Symptome schon vom 14. Lebensjahre an entwickelt; alle krankhaften Erscheinungen, im Uebrigen ganz denselben Charakter bietend, waren stärker ausgesprochen.

Sensibilitätsstörungen fehlten bei beiden Brüdern, die Sehnenreflexe waren lebhaft, ohne abnorm gesteigert zu sein, die Sphincteren und die trophischen Verhältnisse der Haut und Muskeln intact; die Pupillenreaction war normal, Romberg'sches Symptom fehlte.

Ein dritter Bruder hatte ebenfalls dasselbe Krankheitsbild in noch ausgeprägterem Maasse geboten; bei ihm war es schon in seinen ersten Anfängen im 9. Lebensjahre ohne nachweisbare Ursache aufgetreten. Dieser Kranke starb an einer acuten Lungentuberculose.

In der Familie der drei Brüder fanden sich bei verschiedenen Mitgliedern einzelne Stigmata obiger Krankheit.

Bei der makroskopischen Untersuchung zeigte sich, dass Gross- und Kleinhirn, Medulla oblongata und Rückenmark auffallend klein waren; die Grösse betrug nur ca. $^2/_3$ der Durchschnittsgrösse des Centralnervensystems eines erwachsenen Mannes von Durchschnittsgrösse; dem entsprachen auch die Gewichte.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich an der Rinde des Gross- und Kleinhirns durchaus normale Verhältnisse, ebenso fanden sich an Medulla oblongata und Rückenmark keine Abnormitäten; unzweifelhaft verändert war jedoch das Verhältniss der feinen zu den groben Fasern in den vorderen Rückenmarkswurzeln; ein eingehender Vergleich mit den Siemerling-schen Tabellen ergab, dass erstere fast um's Dreifache zu Ungunsten der letzteren vermehrt waren.

(Vortragender demonstrirt die betreffenden Präparate.)

Vortragender weist auf die Analogie des Friedreich-Schultze'schen Befundes bei der hereditären Friedreich-schen Ataxie hin und bespricht die Punkte, in denen das vorliegende Krankheitsbild den Fällen von Friedreich'scher Ataxie, von multipler Sklerose, von Cerebellaratrophie ähnelte, sowie von denselben abwich.

Nach dem klinischen Bilde, sowie nach dem anatomischen Befunde nimmt Nonne für diese Krankheitsform eine Selbstständigkeit in Anspruch.

(Die ausführliche Publication wird in »Westphal's Archiv« erscheinen.)

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 24. April 1890.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr Cnopf jun.: **Ein Fall von Cystenbildung bei einem Kinde.** (Der Fall ist ausführlicher in Nr. 36 dieser Wochenschrift beschrieben).

2) Herr **Baumüller** demonstrirt ein pathologisch-anatomisches Präparat von Tubenschwangerschaft.

3) Herr **Fr. Merkel** berichtet über einen Fall von Psychose, die bei einem 13jährigen Kinde im Gefolge von Diphtherie aufgetreten war.

Sitzung vom 1. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Gottlieb Merkel.

1) Herr **Carl Koch** berichtet über die Verhandlungen des diesjährigen Chirurgencongresses, die zu lebhafter Discussion hauptsächlich bezüglich der Bromaethylnarkose sowie der Indicationsstellung zur chirurgischen Behandlung der Perityphlitis Veranlassung geben.

Sitzung vom 22. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Gottlieb Merkel.

1) Herr **Epstein: Ueber die Anwendung des Hydrargyrum salicylicum.** (Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift.)

2) Herr **G. Merkel** berichtet über einen Fall von **Pustula maligna,** der auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses war behandelt worden. Dieselbe sass rechterseits am Halse eines Pinselarbeiters und hatte ein typisches Aussehen. Die Untersuchung des Pustelinhaltes liess typische Milzbrandbacillen erkennen, ebenso finden sich dieselben in den mikroskopischen Präparaten aus der excidirten Pustel, welche demonstrirt werden. Die Cultur aus der Pustel gelang nicht, wohl wegen der starken Sublimatbehandlung bei der Operation. Der Kranke ist genesen. Es ist dies der 6. Fall von Pustula maligna, der binnen 2 Jahren neben einem tödtlich verlaufenen intestinalen Milzbrand bei Pinselarbeitern in hiesiger Stadt bekannt wurde.

Derselbe demonstrirt das **Herz** einer 31jährigen Frauensperson, welche ebenfalls im städtischen Krankenhause behandelt wurde.

Die Person, welche durch Gelenkrheumatismus einen Herzfehler acquirirt hatte, bot im Leben die Erscheinungen einer Insufficienz und Stenose der Aorta. Bei der Section fand sich in Folge von destruirender Endarteriitis eine gleichmässige Erweiterung der aufsteigenden Aorta und eine auffallende Verkürzung der Aortaklappen nach der Längenausdehnung, so dass eine förmliche Einschnürung des Ostiums zu Stande gekommen war. Das Wandsegel der Mitralklappe war sehr stark geschrumpft und verkürzt, dagegen erschien der Aortenzipfel durch eine fast das ganze Segel treffende aneurysmatische Ausbuchtung gedehnt, vergrössert und dadurch in den Stand gesetzt, mit dem Stumpf des Wandsegels zusammen das Ostium in der Ventrikelsystole gegen den Vorhof zu abzuschliessen. Es fand sich weder eine Hypertrophie des linken Herzens, noch eine Dilatation in irgend einem Herzabschnitt.

3) Herr **Schilling** berichtet über eine von ihm wegen Carcinom gemachte **partielle Resection der Harnblase** bei einem 71jährigen, noch leidlich kräftigen Mann.

Nach desinficirender Ausspülung der Blase und bei vortheilhafter Beckenhochlagerung nach Trendelenburg wurde ohne Ballonnement des Rectum ein Querschnitt über der Symphyse gemacht; Verlängerung

des Schnittes nach Rechts — entsprechend dem Sitz des Tumors — parallel dem Poupart'schen Band. Die Umschlagstelle des Peritoneum kam nicht zu Gesicht. Quere Incision der Blase. Mittelst der Cooper'schen Scheere wurde fast die rechte Hälfte der Blase mit dem weit über gänseeigrossen Tumor und dem entsprechenden 5 cm langen Stück des rechten Ureter entfernt. Der auf Notizbuchbleistiftdicke erweiterte Stumpf des rechten Ureter wurde mit zwei Nähten an die nachbarliche intacte Blasenschleimhaut angenäht. Dieser Ureterstumpf wurde mittelst eines langen passenden Verweilgummirohres in der Ausdehnung von 4 cm katheterisirt und das betreffende Drainrohr entlang der Blase mittelst Katheterismus posterior durch die Harnröhre nach aussen als Drainage geleitet. Die Vorderfläche der übriggebliebenen Blasenhälfte wurde dachartig nach rechts an Weichtheile angeheftet Naht bis auf eine Oeffnung über der Symphyse zur Aufnahme eines mit kurzem Querbalken versehenen kleinfingerdicken Verweildrains. Jodoformverband. Beide Drainagen functionirten gut. Subjectives Befinden des Patienten befriedigend; doch Anorexie. Höchste Temperatur = 38,3° C. Exitus letalis 5 Tage nach der Operation unter den Erscheinungen der Erschöpfung. Section: Leichtes Randemphysem der Lungen. Linke Niere und linker Ureter intact. Rechte Niere beträchtlich in toto verkleinert, nicht entzündet; Nierencyste von Apfelgrösse; Erweiterung des rechten Nierenbeckens und des rechten Ureters Blase leer. Wunden reactionslos. Nirgends Eiter. Keine Peritonitis.

4) Herr **Schilling** hat als **Ursache der trockenen Punction**, welche er an gewohnter Stelle in der Linea alba bei einem Patienten mit Ascites vorgenommen hatte, bei der Obduction des an Cirrhosis hepatis gestorbenen Mannes eine bedeutende Entwicklung der Bauchfellduplicatur, welche den Rest des vom Blasenscheitel zum Nabel aufsteigenden Urachus begleitet, gefunden. Diese Falte war bis zu $2^1/_2$ cm Höhe entwickelt, während die Dicke der Bauchdecke ca. 1 cm betrug. Obgleich der spitzige Troikart wiederholt $4^1/_2$ — 5 cm tief eingestochen wurde, war der Effect negativ. Die trockene Punction lässt sich wohl so erklären, dass durch den vordringenden Troikart die Bauchfellfalte handschuhfingerförmig nach dem Peritonealraum vorgestülpt wurde. Die Entstehung der gewiss enorm seltenen Vergrösserung der Peritonealduplicatur erklärte der den Patienten mitbehandelnde Herr Medicinalrath Dr. G. Merkel daher, dass durch den Schwund des vorhanden gewesenen reichlichen Panniculus adiposus eine Lockerung des subserösen Bindegewebes und des Peritoneum parietale stattgefunden hat. — Für den Fall einer Punctio sicca in der Linea alba wird vom Vortragenden der Rath erneuert, in der Mitte zwischen Nabel und Darmbeinstachel die Paracentese zu machen.

5) Herr **Schrenk** theilt folgenden Fall von **Perityphlitis** mit.

Kind O., 6 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, bisher vollkommen gesund, erkrankte in der Nacht vom 17.—18. V. c. plötzlich mit Erbrechen, das am folgenden Tage nachliess, jedoch in der Nacht vom 18.—19. zweimal in geringem Maasse wiederkehrte; am 19. Morgens wurde ich gerufen. Der Knabe, kräftig entwickelt, von gesundem Aussehen, klagte hauptsächlich über Beschwerden beim Wasserlassen und über Leibschmerzen. Die Zunge war belegt, Puls wenig beschleunigt, regelmässig und kräftig, Temperatur 38,3; der Unterleib weich, allenthalben druckempfindlich, Stuhlgang sonst stets regelmässig, seit 2 Tagen angehalten. Im Laufe des Tages und der folgenden Nacht verschlimmerte sich der Zustand beträchtlich, Patient erbrach wieder sehr häufig, war ausserordentlich unruhig, die Leibschmerzen hatten bedeutend zugenommen. Am 20. Morgens Temperatur 38,9, Puls frequent, klein, 132, Unterleib gespannt, ausserordentlich empfindlich, in der rechten Darmbeingrube eine gedämpfte tympanitische Stelle von geringem Umfang nachweisbar. Auf die am Tage vorher verordnete Eingiessung war ein Mal eine minimale Ausleerung erfolgt. Verordnung: Eisblase auf die Iliocoecalgegend, Opium, flüssige Diät, Abendtemperatur 39,2. Am 21. Morgens hielt sich die Temperatur auf gleicher Höhe wie am Abend vorher, Erbrechen, Leibschmerzen, und die grosse Unruhe hielten an. Puls 150, klein. Am Abend sank die Temperatur auf 38,3, Puls 120. Patient war sichtlich collabirt. Der Collaps hatte am Morgen des 22. zugenommen. Temperatur 38,2, Puls 144, sehr klein. Die Leberdämpfung in der Axillarlinie von normaler Breite, in der Mamillarlinie als 3 Finger breiter Streifen nachweisbar. Die relative Dämpfung in der rechten Darmbeingrube nahm während der Beobachtung weder an Intensität noch an Extensität zu.

Die vorhandenen Symptome, das fortgesetzte Erbrechen, der zunehmende Collaps, die relative Dämpfung in der rechten Darmbeingrube wiesen auf eine Perforationsperitonitis, ausgehend vom Wurmfortsatz, hin. Es wurde deshalb den Eltern des Kindes als letzte Hilfe die Operation vorgeschlagen, womit sie sich auch einverstanden erklärten, und Herr Oberarzt Göschel führte dieselbe Nachmittags 2 Uhr unter meiner Assistenz und 2 Herren vom hiesigen Krankenhause aus.

Der Schnitt durch die Bauchdecken wurde geführt 2 Finger breit oberhalb des Poupart'schen Bandes, parallel mit demselben in einer Länge von 6 cm. Bei Eröffnung des Bauchfells entleerte sich eine geringe Menge eiterig-getrübten Serums, und drängten sich mehrere lebhaft injicirte Dünndarmschlingen in die Wunde. Der Operirende führte nun den Finger ziemlich tief in das kleine Becken hinein, worauf sich eine ziemliche Menge stinkenden Eiters entleerte und der gesuchte Wurmfortsatz hervorgeholt werden konnte. Letzterer, stark injicirt, zeigte auf seiner Oberfläche eine Reihe weissgelblicher Flecken, ca. $1^1/2$ cm unter dem Ansatz an das Coecum eine Auftreibung, und unterhalb derselben eine linsengrosse Perforationsstelle. In der aufgetriebenen Stelle fand sich beim Einschneiden ein bohnengrosser Kothstein von relativ weicher Consistenz und brauner glatter Oberfläche. Der Wurmfortsatz wurde nun, soweit sich die gelblich eiterig-infiltrirten Stellen vorfanden, resecirt und der Stumpf derartig vernäht, dass die peritonealen Flächen sich deckten. Nachdem die Jauchehöhle im kleinen Becken mit Sublimatgaze soweit als möglich abgetupft und die Jauche entleert war, wurde ein Jodoformgazestreifen bis in die tiefste Stelle eingeschoben und am unteren Wundende herausgeleitet. Hierauf wurde die breitklaffende Bauchwunde zum grössten Theil durch die Naht geschlossen, so dass nur das untere Drittel, in dem der eingelegte Jodoformgazestreifen sich befand, offen blieb.

Schon während der Operation, die 1 Stunde Zeit in Anspruch nahm, liess die Herzthätigkeit in Bedenken erregender Weise nach, so dass mehrere Aetherinjectionen nothwendig waren. Nach der Operation erholte sich Patient nur für kurze Zeit. Häufiges Erbrechen und eine ganz exorbitante Unruhe stellte sich ein; der Exitus letalis erfolgte unter zunehmenden Collaps bereits Nachts $11^1/2$ Uhr.

Die Section ergab eine diffus eiterige Peritonitis.

---

63. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Bremen, 15.—19. September 1890. III.

(Originalbericht von Dr. Otto Dornblüth.)

Aus der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie.

III. Abtheilungssitzung vom 18. September.

(Schluss.)

Den zweiten Vortrag hält Dr. **Buchholz**-Nietleben b. Halle über die **Gliose der Hirnrinde.**

Es ist in neuerer Zeit eine ganze Anzahl von derartigen Beobachtungen unter zum Theil sehr verschiedenen Namen beschrieben worden. In den Fällen des Redners handelte es sich um eine erblich belastete paranoische Frau mit hypochondrischen Zügen und um zwei Epileptiker mit erheblicher Demenz, bei deren einem die Section schon makroskopisch die kleinhöckerige Beschaffenheit der Oberfläche erkennen lässt; es sieht aus, als ob das Gehirn an den betreffenden Stellen mit etwas bestreut wäre. Auffallend war auch das grosse Gehirngewicht. Mikroskopisch fand sich zunächst die äusserste Rindenschicht ganz verändert, von unregelmässiger Form, aus einem dicken, kernreichen Faserfilz bestehend, der aus den Ausläufern von Spinnenzellen sich zusammensetzte. Die nervösen Elemente haben unter der Wucherung des Stützgewebes stark gelitten. In einem Falle breitete sich die Veränderung ziemlich über das ganze Stirnhirn aus, bei dem zweiten, wo makroskopisch die Veränderungen örtlich besonders stark waren, zeigte sich kein grosser Unterschied dieser und der übrigen Theile. Bei dem dritten Falle (der paranoischen Frau) war die Veränderung nicht auf die Rinde beschränkt, sondern griff auch in die Tiefe über, oder sie betraf an einzelnen Stellen nur das Mark. Immer scheint es sich um abnorme Anlage des Gehirns zu handeln, die dann weiter fortschreitet und sich mit Demenz verbindet. Der Vortrag wurde durch Vorzeigung von gehärteten Theilen der betreffenden Gehirne und mikroskopischen Präparaten erläutert. Ausserdem demonstrirte Buchholz ein Präparat mit einseitiger Atrophie der Pyramide und der Olive, wo im Leben keine Bewegungsstörungen bestanden hatten.

Dr. **Frenkel**-Horn spricht über **die Behandlung ataktischer Gehstörungen,** auf Grund zweier von ihm beobachteter Fälle.

Die Ausführung gewisser ataktischer Bewegungen zeigte einen günstigen Einfluss auf deren Grad. Der Erfolg wurde in Gestalt von regelmässiger Aufzeichnung von Strichen und Kreisen sowie durch Schreiben des Patienten festgestellt, wobei sich die Besserung der Ataxie objectiv ausprägt (einzelne Beispiele werden vorgelegt). Die Uebungen bestehen in einfachen Bewegungen und in rhythmischen abwechselnden gegenseitigen Berührungen der Fingerspitzen, ferner in Zeichnen, im Entlangfahren mit dem Bleistift an mehr oder weniger schmalen Kanten,

Aufheben, Sammeln und aus der Hand geben von Holzscheibchen, auf dem Strich gehen, den Fuss an einem auf dem Boden gezogenen Kreis entlang führen. Der Erfolg war geradezu überraschend und trat auch bei Tabes ein. In dem allgemeinen Zustand trat dabei keine Besserung ein.

Hierauf wird der in den Statuten vorgeschriebene Abtheilungsvorstand für die nächste Versammlung gewählt: Geheimrath Hitzig, Prof. Seeligmüller, Dr. Buchholz, sämmtlich in Halle.

Darauf hält Prof. **Meschede**-Königsberg den angekündigten Vortrag über **hysteriforme Anfälle im Verlauf der paralytischen Geistesstörung.**

Die apoplektiformen, epileptiformen und Ohnmachtsanfälle bei Paralyse wurden als paralytische Anfälle zusammengefasst; es hat sich aber gezeigt, dass ausserdem auch hysteriforme Anfälle bei dieser Krankheit vorkommen. Vortragender theilt einen einschlägigen Fall ausführlich mit.

Dr. Smidt-Kreuzlingen hat ähnliche Fälle häufiger beobachtet und ist der Ansicht, dass es sich dabei um Hysterie handelt, wozu Paralyse hinzutritt. Director Dr. Sioli-Frankfurt a/M. hat nur einen Fall mit typischen hysterischen Krampfanfällen gesehen.

Dr. **Schütz**-Leipzig: **Veränderungen in den vorderen Vierhügeln bei der progressiven Paralyse.**

Vortragender hat im Anschluss an seine Untersuchungen über den Faserschwund im centralen Höhlengrau bei der progressiven Paralyse auch die vorderen Vierhügel, die mit demselben durch Faserzüge in Verbindung stehen, an Gehirnen von Paralytikern untersucht. Es fand sich in der Mehrzahl der Fälle ein in seiner Intensität in den einzelnen Fällen verschiedener, aber in der Mehrzahl der Fälle immer deutlicher Faserschwund im oberflächlichen Grau der vorderen Vierhügel. Die übrigen Schichten der vorderen Vierhügel erwiesen sich in der Regel daneben auch faserärmer als normal. Die Degeneration im oberflächlichen Grau war aber immer am stärksten ausgesprochen. Bestimmte Beziehungen zwischen diesen Befunden und dem klinischen Krankheitsbild der Paralyse liessen sich vorläufig nicht auffinden: dies gilt auch für die reflectorische Pupillenstarre.

Der Faserschwund in den vorderen Vierhügeln bei der progressiven Paralyse ist nur eine Theilerscheinung eines über das ganze Centralnervensystem bei dieser Krankheit verbreiteten Faserschwundes, der bestimmte, anatomisch durch ihr feines Kaliber und entwicklungsgeschichtlich dadurch gekennzeichnete Fasersysteme befällt, dass die Fasern derselben erst spät (von der 5. Woche nach der Geburt an beginnend) ihre Markscheiden erhalten. Zu diesen Fasersystemen gehören u. a. die Tangentialfasern der Grosshirnrinde, der grösste Theil der Fasern im centralen Höhlengrau u. s. w. Je nach der Intensität der Erkrankung einzelner dieser Fasernsysteme ist das klinische Krankheitsbild der Paralyse ein verschiedenes in den einzelnen Fällen. Mit der Annahme, dass das pathologisch-anatomische Substrat der unter dem Namen der progressiven Paralyse zusammengefassten Krankheitsformen eine Systemerkrankung, speciell jener Systeme feiner Fasern ist, stimmt die Thatsache überein, dass sich zu ihr Erkrankung anderer ebenfalls entwicklungsgeschichtlich gut charakterisirter Fasersysteme häufig hinzugesellt, wie die Sklerose der Hinterstränge, der Seitenstränge u. s. w. Ausführlichere Mittheilung bleibt vorbehalten.

Berichtigung. In vor. Nr. sind die Bemerkungen des Herrn Prof. Forel in der Discussion über den Vortrag von Dr. Klencke (pag. 716, Sp. 2) nicht correct wiedergegeben. Forel sagte: Durch scheinbar verschiedene Wirkungen (Elektricität, Suggestion, Auflegen der Hände von Seiten gewisser Pfarrer und andere Curmethoden mehr) erzielen wir oft bei gleichen Affectionen die gleichen Heilungen in der gleichen Gesetzmässigkeit, oft mit Uebereinstimmung kleinster Detail. Ja es wirkt sogar oft beim gleichen Kranken, wie Bernheim zeigte, ein suggerirter elektrischer Strom in der zweiten Elektrisirsitzung besser als der wirkliche Strom in der ersten. Zwingt uns nicht das naturwissenschaftliche Denken zu vermuthen, dass diese incongruenten, sich widersprechenden Ursachen nur Scheinursachen sind und dass eine gemeinsame einzige wahre Ursache dahinter steckt, nämlich die dynamische Einwirkung des Gehirnes selbst durch die Vorstellung und durch dieselbe auf die Reflexvorrichtungen und auf das periphere Nervensystem? —

X. Internationaler medicinischer Congress.

Gehalten zu Berlin vom 4.—9. August 1890.

(Originalbericht.)

Aus der Abtheilung für innere Medicin.

Harley-London: **Behandlung der Gallensteine.**

Harley empfiehlt eine von ihm vielfach geübte Methode der manuellen Entfernung von Gallensteinen aus der Blase. Die Methode besteht darin, dass man den Patienten auf den Rücken legt und einen allmählich gesteigerten Druck durch die intacte Bauchwand auf den Fundus der ausgedehnten Gallenblase ausübt. Die Methode ist nur dann contraindicirt, wenn man Verdacht auf eine Ulceration der Gallenblase schöpft. Harley demonstrirt Steine, die er auf diesem Wege in den Darm überführt hat, worauf dann bedeutende Besserung sämmtlicher Erscheinungen eintrat.

Naunyn-Strassburg: **Ueber die Bildung der Gallensteine.**

Naunyn tritt der Ansicht entgegen, nach welcher die Gallensteine ihre Entstehung allgemeinen Stoffwechselstörungen oder Ernährungsanomalien verdanken. Die zahlreichen Untersuchungen, die er angestellt hat, lassen auch keine Abhängigkeit von Lebererkrankungen nachweisen.

Die Entstehung der Gallensteine beruht nach ihm auf einer Erkrankung der Schleimhaut der Gallenblase, die Bildung derselben ist eine allmähliche; durch längere Stagnation der Galle in der Gallenblase bildet sich ein Sediment, welches den Kern des künftigen Steines darstellt. Dieser Kern enthält reichlich Cholestearin und Bilirubinkalk. Durch nachträgliche Infiltration mit Cholestearin wird der Kern hart.

Dieses Cholestearin rührt aber nicht von der Galle her, sondern von den Epithelien der katarrhalisch erkrankten Gallenblasenschleimhaut.

Rosenstein-Leyden: **Ueber hypertrophische Lebercirrhose.**

Rosenstein erklärt die hypertrophische Lebercirrhose für eine selbständige Erkrankung und nicht für das erste Stadium der atrophischen Cirrhose, wie dies vielfach geschieht. Letztere beginnt nie mit einer Vergrösserung der Leber und erzeugt sofort venöse Stase, Ascites und Milzschwellung; ausserdem ist sie nie oder fast nie von Icterus begleitet. Hingegen findet man bei der hypertrophischen Cirrhose keine venöse Stase, aber fast immer Icterus, ausserdem befällt diese im Gegensatz zur atrophischen fast nur Individuen zwischen 20 und 40 Jahren. Bei der hypertrophischen Form entsteht der Icterus dadurch, dass zunächst Polycholie eintritt. Die Hypertrophie des Bindegewebes ruft dann eine Retention der Galle in den Gallencanälchen und somit Icterus hervor.

Litten schliesst sich der Ansicht Rosenstein's an. Er schreibt dem Alkohol gar keine Bedeutung für die Aetiologie der hypertrophischen Cirrhose zu, hingegen hat er häufig als Ausgangspunkt dieser Krankheit irgend eine primäre Erkrankung der Gallenwege, am häufigsten Gallensteine beobachtet.

Bäumler-Freiburg hat in fast allen Fällen, die er beobachtet, den Tod in Folge von Miliartuberculose eintreten gesehen. Auch ergab oft die histologische Untersuchung der Leber zellige Infiltration, ähnlich wie bei Miliartuberculose. Es scheint somit die Tuberculose eine Disposition zur hypertrophischen Lebercirrhose abzugeben.

Rosenstein-Leyden hat sehr selten in seinen Fällen Miliartuberculose, beobachtet.

Litten-Berlin: **Ueber atrophische Lebercirrhose.**

Litten hat bei der atrophischen Cirrhose häufig heftige Magenblutungen beobachtet, die durch ihre Massenhaftigkeit und deren häufiges Auftreten (2—4 Liter im Tage) den letalen Ausgang herbeiführten. Bei der Section findet man merkwürdiger Weise ausser einer Hyperämie der Magenschleimhaut fast gar keine Veränderungen. Kleine Blutungen hat Litten auch in einem Falle diffusen Carcinoms der Leber beobachtet und bei der Section im untersten Theil des Oesophagus enorme varicöse Ausdehnung der Venen gefunden. Seither hat er ähnliche Veränderungen der Venen in 7 Fällen von Cirrhose angetroffen. Bei dieser letzteren Krankheit werden die Vena azygos und die in dieselbe einmündenden Venen sehr stark ausgedehnt und dies erklärt, dass irgend ein Druck, wie z. B. Brechreiz, genügt, um eine Ruptur dieser Venen hervorzurufen.

Trier-Kopenhagen weist darauf hin, dass sein Assistent Dr. Blume 6 ähnliche Fälle veröffentlicht hat, bei denen constant die von Litten erwähnten varicösen Ausdehnungen am unteren Ende des Oesophagus

gefunden wurden. In manchen Fällen konnte sogar genau die Stelle entdeckt werden, aus der die tödtliche Blutung erfolgte. Schliesslich weist Trier darauf hin, dass ähnliche Venenausdehnungen auch in manchen Fällen von Syphilis der Leber vorkommen.

Bozzolo-Turin: Ueber typhöse Septicämie mit Berücksichtigung der atypischen Typhusfälle.

So wie der Pneumoniecoccus durch verschiedene Localisation verschiedene klinische Formen erzeugen kann, so sind auch die klinischen Bilder beim Typhus oft sehr verschieden und zwar derart, dass die Diagnose des Typhus ganz bedeutend erschwert wird. In einigen ganz besonders atypischen Fällen von Typhus hat Redner den Typhusbacillus aus der Milz des Lebenden und der Leiche, sowie aus dem Darminhalt züchten können. In anderen 3 atypischen Fällen konnte der Typhusbacillus aus dem Blute gezüchtet werden. — Im ersten dieser Fälle war die Milz nur sehr wenig vergrössert, andere Typhussymptome waren kaum vorhanden, nur fand sich Eiweiss im Harn. In dem mittelst kleiner Aderlässe entnommenen Blute fanden sich zahlreiche, dem Typhusbacillus ähnliche Bacterien, deren Identität mit diesem durch die Cultur auf Kartoffel, sowie durch die allgemein bekannten biologischen Hilfsmittel festgestellt wurde. Es handelte sich somit in diesem sowie in den beiden anderen Fällen, bei denen die Untersuchung in der gleichen Weise vorgenommen wurde, um eine ausgesprochene typhöse Septicämie. Dabei ergab sich die interessante Thatsache, dass die Zahl der Typhusbacillen im Blute mit der Abnahme des Fiebers sank und nach gänzlichem Abfallen der Temperatur fanden sich keine Typhusbacillen mehr im Blute. — Diese Untersuchungen machen es wahrscheinlich, dass man es auch in vielen anderen fieberhaften Krankheiten, die unter verschiedenen Namen bezeichnet werden, mit atypischem Typhus zu thun hat.

Carmona y Valle-Mexiko: Zur Kenntniss des gelben Fiebers.

Redner berichtet über einige bakteriologische und urologische Untersuchungen über das gelbe Fieber.

Von besonderem Interesse sind gerade die letzteren. So fand er die Menge des Harnstoffs bedeutend vermindert. Bei manchen Kranken fanden sich im 24 stündigen Harn blos 3 g Harnstoff, andererseits enthält das Blut und die Leber dieser Kranken bedeutend grössere Mengen Harnstoff als im normalen Zustand. Daraus schliesst Redner, dass beim gelben Fieber ein urämischer Zustand in Folge von Niereninsufficienz besteht.

Die gelbe Farbe der Kranken ist nicht, wie man allgemein glaubte, den Gallenfarbstoffen zuzuschreiben, sondern einem gelben Farbstoff, den Carmona im Harn gefunden hat, der eine syrupartige Consistenz besitzt, in Alkoholäther und Chloroform unlöslich, aber in Wasser sehr leicht löslich ist und den er als Icteroidin bezeichnet.

In prophylaktischer Beziehung versuchte der Vortragende mittelst Verimpfung des Trockenrückstandes des Harns von Gelbfieberkranken Immunität zu erzeugen. Versuchshalber wurde mit Zustimmung der Regierung die Garnison von La Veracruz geimpft. Die nicht Geimpften erkrankten in einem Verhältniss von 42 Proc., während von den Geimpften blos 7 Proc. das gelbe Fieber bekamen. Redner gedenkt die Versuche weiter fortzusetzen.

Meja-Mexiko: Ueber Hepatitis interstitialis acuta suppurativa.

Vortragender bespricht die in den tropischen Gegenden herrschenden Formen von Hepatitis, und zwar unterscheidet er 3 Formen: eine Hepatitis parenchymatosa acuta, eine Hepatitis intercellularis und eine Hepatitis interstitialis; die erstere ist die häufigste.

Die letztere Form, die bis nun noch nicht beschrieben wurde und die Redner als Hepatitis interstitialis acuta suppurativa bezeichnet, charakterisirt sich dadurch, dass der Icterus nicht abnimmt, sondern immer mehr zunimmt, selten tritt Hydrops auf. Die Milz ist nicht vergrössert wie häufig bei anderen Veränderungen des interstitiellen Gewebes der Fall ist. Der Eiter ist gänzlich verschieden von dem bei der gewöhnlichen Hepatitis. Er hat eine weissliche oder gelbliche Farbe ähnlich wie die eines subcutanen Abscesses und zeigt unter dem Mikroskop zahlreiche aber wenig veränderte weisse Blutkörperchen. Auf der Oberfläche der Leber sowie auf dem Durchschnitt finden sich bei der Section mehr als 200 Abscesse in der Leber. Trotz dieser grossen Anzahl erreichen manche eine ganz ausserordentliche Grösse. Dadurch sowie durch die besondere Ausdehnung der Erkrankung gewinnt dieselbe erheblich an Gefahr. Wegen der Multiplicität der Herde ist eine chirurgische Intervention nicht angezeigt. In manchen Fällen findet man eine Combination der parenchymatösen und interstitiellen Hepatitis.

Aus der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Thomas More Madden-Dublin: Behandlung der obstructiven Dysmenorrhoe.

Redner zeigt ein Instrument, welches eine rasche und permanente Dilatation des Cervicalcanals ohne jede Gefahr ermöglicht. Das Instrument unterscheidet sich von den bis nun bekannten dadurch, dass es den Cervicalcanal von innen nach aussen erweitert, mit anderen Worten, dass es den normalen Dilatationsprocess der Uterushöhle nachahmt, der von oben nach unten, von der Uterushöhle gegen den Cervix stattfindet, während die meisten anderen Dilatatoren in entgegengesetzter Weise wirken. — Das Instrument ist nicht dicker als eine gewöhnliche Sonde im Momente der Einführung und kann auch für die Erweiterung der weiblichen Urethra verwendet werden.

Auvard-Paris: Ueber die intrauterine Tamponade.

Nach Anführung einer Statistik der bis nun bekannten Fälle, in welchen die von Dührssen empfohlene Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze angewendet wurde, gelangt Redner zu dem Schlusse, dass die intrauterine Tamponade ein ausgezeichnetes Blutstillungsmittel ist, welches mit keinerlei Gefahren verbunden ist, da die Mortalität bis nun nur 6 Proc. beträgt und empfiehlt dieselbe zur weiteren Anwendung bei post partum-Blutungen.

Fochier-Lyon hatte die intrauterine Tamponade in 2 Fällen von Placenta praevia mit Erfolg ausgeführt.

Dührssen-Berlin theilt mit, dass nach seiner letzten Statistik über diesen Gegenstand ihm eine grosse Reihe von einschlägigen Fällen zur Kenntniss gelangt ist, deren Zahl sich etwa auf 200 belaufen dürfte und welche seine früheren Aussagen über die günstige Wirkung der intrauterinen Tamponade vollkommen bekräftigen.

Vulliet-Genf hat schon längst die intrauterine Tamponade, wenn auch nicht post partum, angewendet. Er macht darauf aufmerksam, dass in manchen Gegenden, so z. B. in der Schweiz sehr häufig nach solchen Tamponaden Jodismus auftritt. Es muss daher die Anwendung der Jodoformgaze in Gebirgsgegenden, wo der Kropf endemisch ist oder wo die Kranken sehr empfindlich sind gegen Jod, mit Vorsicht angewendet werden.

Kochs-Bonn bemerkt, dass man ja heutzutage die Jodoformgaze entbehren könne, da man mit gewöhnlicher nicht imprägnirter, aber sterilisirter Gaze, ebenso gut und mit demselben Erfolge tamponiren kann.

Halbertsma-Utrecht: Ueber Kaiserschnitt bei Eklampsie.

Die Beobachtung eines Falles von Sectio caesarea im letzten Stadium und die verbesserte Technik der Operation führten Halbertsma zu dem Entschlusse in einem Falle von Eklampsie, bei dem keine Wehen eintraten, den Kaiserschnitt vorzunehmen in der Absicht dadurch Mutter und Kind zu erhalten. In diesem, sowie auch in einem 2 Fall wurde in der That Mutter und Kind gerettet.

In Holland wurde bis nun die Sectio caesarea 6 mal bei Eklampsie vorgenommen. Nur in einem Falle, bei dem die Operation in ultimis vorgenommen und keine Naht angelegt wurde, ist die Frau gestorben. Von den 6 Kindern ist nur eines (im 8. Lunarmonat nach der Geburt) gestorben. Von ganz besonders günstigem Einflusse zeigte sich die Operation auf die Convulsionen, indem dieselben fast immer prompt nach der Operation aufhörten. Gestützt auf seine Erfahrungen glaubt daher Halbertsma, dass bei der Eklampsie zu Ende der Schwangerschaft und im Beginne der Geburt eine ungefährliche operative Therapie derjenigen mit Narcoticis und heissen Bädern ebenbürtig ist. In den ungünstigsten Fällen, wie bei completer Anurie, greife man auch, wenn nöthig, zu gefährlicheren Operationen. Jedenfalls lasse man die Frau nicht unentbunden sterben.

Winter-Berlin: Zur Behandlung des Abortus.

Um die Frage nach der Schädlichkeit der Retention der Decidua vera zu entscheiden, muss man wissen, ob die Frau vor dem Abortus gesund war, welche Theile bei demselben ausgestossen wurden und schliesslich, wie das Befinden der Frau mehrere Monate nach dem Abortus war. Von diesem Gesichtspunkte aus wurden unter Leitung des Redners 100 Fälle beobachtet.

Diese genauen Beobachtungen haben ergeben, dass die Retention der Decidua vera bei einer sonst gesunden Frau keinerlei Störungen macht, sondern, dass das Endometrium innerhalb kurzer Zeit seine Functionsfähigkeit wieder erlangt. In der Praxis bleibt in den meisten Fällen ein Theil der Decidua vera an der Uteruswand zurück, während ein Theil mit dem Ei fortgeht. In diesen Fällen bestand die Behandlung darin, die flottirenden Deciduafetzen zu lösen, die fest aufsitzende Decidua vera aber zurückzulassen. In 30 Fällen dauerte der Lochialfluss meist 8 Tage und war nicht mit Deciduafetzen vermischt. Die Menstruation kehrte meist nach 4 Wochen zurück und in 12 Fällen war in den ersten Monaten Gravidität eingetreten.

Nach totaler oder partieller Retention der Decidua vera trat Gravidität in 38 Proc. der Fälle ein, während nach gänzlicher Entfernung der Decidua eine solche nur in 6,29 Proc. beobachtet wurde.

Trotzdem, dass in den meisten Fällen das Endometrium zur normalen Functionsfähigkeit zurückkehrt, treten zuweilen nach Aborten Blutungen und Endometritis auf.

Die häufigste Ursache für Blutungen nach Abortus scheint nach spontanem Verlauf des Abortus in frühen Monaten die Retention der Decidua vera zu sein und zwar glaubt Redner, dass es wesentlich halbgelöste Fetzen derselben sind, welche, im Uterus hängend, denselben in seiner Involution stören. Daraus ergiebt sich die Nothwendigkeit, diese Fetzen zu entfernen.

Verschiedenes.

(Geographische Verbreitung des multiloculären Echinococcus.) Die Zahl der bis jetzt in den einzelnen Ländern beobachteten Fälle beträgt: Bayern 39, Schweiz 21, Württemberg 20, Oesterreich 7, Russland 4, Preussen 2 (wovon 1 aus Hohenzollern), Baden 1, Vereinigte Staaten 1; ein in Giessen befindliches Präparat ist unbekannter Herkunft. Demnach haben Bayern, Württemberg und die

Schweiz 5/6 der bekannten Fälle geliefert. Im Verhältniss zur Einwohnerzahl ist die Krankheit am häufigsten in Württemberg, dann folgt die Schweiz und in dritter Linie Bayern (Prof. Hermann Vierordt-Tübingen, der multiloculäre Echinococcus der Leber. Berliner Klinik, Heft 28. Oct. 1890). Im pathologischen Institut zu München kam im Verlauf des vergangenen Sommers ein weiterer Fall zur Obduction (Frau von 46 Jahren), so dass sich die oben für Bayern angegebene Zahl auf 40 erhöht; der letztere Fall (Compressions-Thrombose der Vena cava ascendens, Embolie des Gehirns und Rückenmarks) ist näher beschrieben in der Dissertation von Hans Weindel: »Ueber einen Fall von Embolie des Gehirns und Rückenmarks«. München, 1890. Praeside v. Ziemssen.

(Die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz) ist nunmehr publicirt. Die wesentlichen Bestimmungen derselben bestehen darin, dass erstens eine grössere Conformität hergestellt werden soll in der Behandlung der Erkrankten durch sogenannte Zwangscassen und die bestehen gebliebenen freien Hilfscassen; zweitens werden die Versicherten wesentlich besser gestellt, indem ihre Zahl vermehrt, die Carenzzeit, während welcher der Erkrankte ohne Unterstützung blieb, nicht mehr vorgeschrieben, sondern nur zugelassen wird, die Fürsorge für Genesende auf die Dauer eines Jahres ermöglicht und das Sterbegeld erhöht werden kann. Daneben ist aber auch drittens Vorsorge gegen Simulationen und böswillige Schädigungen der Cassen seitens der Versicherten getroffen worden.

(Ueber Koch's Versuche zur Heilung der Tuberculose), die laut Nachrichten in Tagesblättern in der Charité in Berlin in Angriff genommen, plötzlich aber wieder eingestellt wurden, macht der Berliner Correspondent der Wien. allg. med. Ztg. folgende Mittheilung: Die Versuche wurden von Koch nach der Rückkehr von seiner Ferienerholung begonnen, und zwar führte er sie in Gemeinschaft mit seinem Schwiegersohne, dem Stabsarzte Dr. Pfuhl, auf einer Abtheilung des Charité-Krankenhauses aus. Trotzdem diese Versuche mit einem undurchdringlichen, geheimnissvollen Schleier umgeben waren, drang doch eine kurze Notiz über dieselben in die politischen Tagesblätter. Dies genügte, um Herrn Prof. Koch eine wahre Ueberschwemmung von Briefen und Anfragen aus allen Theilen Europas zuzuziehen — und plötzlich wurden in den letzten Tagen die Versuche in der Charité eingestellt. Genaues ist über diesen auffälligen Vorgang nicht zu erfahren und daher den Vermuthungen Thür und Thor geöffnet. Dass die Experimente zu ungünstigen Resultaten geführt haben sollten und daher abgebrochen wurden, ist kaum anzunehmen. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, dass die weitere Vornahme der Versuche an den Kranken der Charité durch jene voreilige Zeitungsnotiz sehr erschwert worden ist und daher eingestellt werden musste. Indessen ist diese Einstellung nur eine vorläufige, und die Versuchsreihe soll, wie man hört, allerdings unter noch strengerer Wahrung des Geheimnisses, an einem anderen Krankenhause fortgesetzt werden.

(Ueber den Einfluss des Hungers auf die Empfänglichkeit für Infectionskrankheiten) stellten Canalis und Morpurgo (Fortschr. d. Med.) eine interessante Versuchsreihe an, die zu folgenden Ergebnissen führte: I. Durch den Hunger kann man natürlich immunen Thieren die Empfänglichkeit für eine Infectionskrankheit verleihen. II. Immune Tauben sterben constant an Milzbrand, wenn man sie gleichzeitig mit der Inoculation in den Hungerzustand versetzt. III. Tauben, welche vor der Inoculation 6 Tage lang gehungert haben, werden nicht milzbrandig, wenn man sie unmittelbar nach der Impfung wieder zu ernähren anfängt. Sie werden es aber in der Regel, wenn der Hunger mehr als 6 Tage gedauert hat. IV. Die Wiederernährung ist nicht im Stande die Entwickelung der Milzbrandinfection aufzuhalten, wenn die Tauben nach der Inoculation 2 Tage lang gehungert haben, sie verlangsamt aber den Gang des Infectionsprocesses. V. Die totale oder partielle Exstirpation des Pankreas macht in der Regel für eine gewisse Zeit die Tauben für Milzbrand empfänglich. VI. In den geimpften Tauben bricht die Milzbrandinfection aus, wenn man die Ernährung aufhebt, selbst wenn dies 8 Tage nach der Inoculation stattgefunden hat. Daraus geht auch hervor, dass VII. die Milzbrandkeime, unter die Haut von immunen Tauben eingeführt, mehrere Tage lang lebend und virulent bleiben. VIII. Der Verlust der Immunität gegen Milzbrand, welcher bei hungernden Tauben eintritt, kann nicht auf die Temperaturerniedrigung, welche den Hunger begleitet, bezogen werden, weil die Milzbrandinfection ausbleibt, wenn man bei geimpften Tauben eine analoge Temperaturerniedrigung hervorruft, aber zugleich für eine reichliche Ernährung sorgt. IX. Es ist möglich, auch Hühner durch den Hunger für Milzbrand empfänglich zu machen. X. Die Mehrzahl dieser Thiere stirbt an Milzbrand, wenn man der Inoculation eine Hungerperiode von 3—7 Tagen vorausgehen lässt; sie behalten aber im Gegentheile constant ihre Immunität, wenn der Hunger erst unmittelbar nach der Inoculation beginnt. XI. Die erwachsenen weissen Ratten blieben gegen Milzbrand refractär, selbst nachdem man sie vor der Impfung relativ lange hungern liess.

(Ueber die Gewohnheit des Aethertrinkens,) die in einigen Gegenden von Irland eine beunruhigende Verbreitung gewonnen hat, erstattet E. Hart (Brit. med. Journal, 18. Octob.) auf Grund eingehender Nachforschungen einen interessanten Bericht. Die Anfänge des Aethertrinkens geben bis in die 40er Jahre zurück, eine grössere Ausdehnung erfuhr die Gewohnheit aber erst durch die Gesetze von **1855/56, denen zufolge durch Methyl denaturirter Spiritus steuerfrei blieb;** aus diesem methylirten Spiritus wird der Trinkäther sehr billig fabricirt. Dem Aethergenuss besonders ergeben sind die Grafschaften Londonderry und Tyrone (Ulster) im Norden Irlands. Die Höhe des Aetherconsums lässt sich nicht bestimmen, da der Handel mit möglichster Heimlichkeit betrieben wird; er scheint jedoch sehr bedeutend zu sein; aus kleinen Landstädtchen wird berichtet, dass der Absatz eines einzigen Kaufmannes über 500 Gallonen jährlich beträgt. Am bedeutendsten war der Consum im Jahre 1876; dann trat ein Rückgang ein; in den letzten Jahren hat jedoch neuerdings eine Steigerung des Aetherverbrauchs stattgefunden. Der Aether wird schluckweise genommen und die Einzeldosis (ca. 8—15 ccm) häufig wiederholt. Der Zustand der Berauschtheit tritt in der Regel sehr rasch ein, verschwindet aber auch sehr rasch wieder, angeblich ohne die bekannten üblen Folgen des Alkoholrausches zu hinterlassen; ein Aethertrinker kann sich daher im Tag ein halbdutzendmal betrinken, was er als einen besonderen Vorzug dieses Getränkes betrachtet. Das Bild der acuten Aetherintoxication ist dem des Alkoholrausches sehr ähnlich; nur laufen alle Stadien rascher ab: Erregung, die sich zuerst als Heiterkeit, dann als excessive Streitsucht kundgiebt, Verwirrtheit, Verlust der Muskelcontrolle und des Bewusstseins. Das Verlangen nach immer neuer Zufuhr des Mittels ist beim Aethertrinker noch grösser als beim Alcoholisten, so dass er bald Sklave seiner Gewohnheit und Opfer ihrer Folgen wird. Die Folgen des fortgesetzten Aethergenusses sind: chronischer Magenkatarrh und Dyspepsie, allgemeine Schwäche, nervöse Erschöpfung, Zittern, Unregelmässigkeit der Herzaction, bleiche Gesichtsfarbe, Erhöhung der Sehnenreflexe, vor Allem aber eine tiefe Zerrüttung des Charakters. Cirrhosen, wie nach Alkohol, sind nicht beobachtet, doch fehlen hierüber genügende Untersuchungen. Unter den Gefahren, die das Leben des Aethertrinkers direct bedrohen, wird auch die der Selbstentzündung, z. B. beim Anzünden einer Pfeife, aufgeführt; es sollen authentische Beispiele hierfür vorliegen. Angesichts der Thatsache, dass das Aethertrinken auch in England (Lincolnshire und in London), bereits geübt wird und der Möglichkeit, dass dieses Laster noch viel grössere Dimensionen annehmen werde, verlangt Verfasser energische gesetzliche Maassnahmen zur Unterdrückung desselben.

Therapeutische Notizen.

(Orexinum muriat.) wurde in der Rhein. Prov. Irrenanstalt in Andernach von Dr. Umpfenbach mit sehr günstigem Erfolge angewendet (Therap. Monatsh. Oct.). Beim Verfasser selbst erzeugten Dosen von 0,25 Or. jedesmal einen aussergewöhnlichen Hunger, der meist einige Tage anhielt; ebenso bei 4 weiteren, an geistig gesunden Leuten gemachten Versuchen, mit einer Ausnahme. Ausserdem erhielten 25 Geisteskranke das Mittel, meist mit gutem Erfolg; u. a. wurde unter 11 Kranken mit vollständiger Nahrungsverweigerung bei 5 der Hunger (durch 0,5, 2 mal täglich) derart angeregt, dass sie dann auf die Dauer allein genügend assen, in einem ferneren Fall nur vorübergehend. Bei den übrigen 5 Abstinenzlern blieb die gehoffte Wirkung aus. Doch ist zu erwähnen, dass darunter eine Kranke, an acutem Wahnsinn leidend, zwei Stunden nach der Beibringung des Mittels, unter Rufen eines Kellners, mehrfach zwei »weiche Eier« verlangte. Als die verlangten gebracht wurden, ass sie eins, dann trat die frühere Nahrungsverweigerung wieder ein. Im Ganzen wurde in 30 Fällen 19 mal, d. h. in 63,3 Proc., ein guter Erfolg erzielt. Ueble Nachwirkungen waren nicht zu verzeichnen. Suggestion wurde möglichst vermieden.

(Ein Massirapparat zur Selbstmassage.) Dieser Apparat besteht aus 2 Gummiwalzen, die, durch eine Metallverbindung in geeigneter Weise zusammengehalten, mittels eines Griffes über die zu massirenden Körpertheile geführt werden. Von den beiden Gummiwalzen ist die eine gezahnt, d. h. sie trägt 30 Gummivorsprünge, welche die Fingerspitzen nachahmen sollen, die andere ist glatt. Durch Anwendung eines genügenden Druckes kann mittels des Apparates an geeigneten Körpertheilen eine wirksame Massage ausgeübt werden; in Betracht kommen Effleurage, Massage à friction und Tapotement. Dass der Apparat die Hand eines geübten Masseurs nicht zu ersetzen vermag, ist selbstverständlich. In vielen Fällen jedoch, wo die Hilfe eines solchen nicht zu beschaffen ist, wird der Apparat immerhin gute Dienste zu leisten vermögen. Schaden wird derselbe weniger leicht anzurichten im Stande sein, als die ungeübte menschliche Hand. Der Apparat wird hergestellt durch die Eisenwerke Gaggenau in Baden und kostet 10 M.



Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 21. October. Als Mitglieder der Commission zur nächstjährigen Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern, zu welcher sich 40 Aerzte angemeldet haben, sind vom k. Staatsministerium des Innern ernannt: Geheimrath Dr. v. Pettenkofer für Hygiene, Director Prof. Dr. Grashey für Psychiatrie, Kreis-Medicinalrath Dr. Karsch in Speyer für Medicinalpolizei, und Landgerichtsarzt Prof. Dr. Messerer für gerichtliche Medicin. Den Vorsitz in der Prüfungscommission hat der Medicinalreferent im k. Staatsministerium des Innern, Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner zu führen.

— Die der Stadt Berlin für den X. Internationalen medicinischen Congress für die Festschrift, das Fest im Rathhaus, die Ausstellung,

die Besichtigungen, sowie für die elektrische Beleuchtung erwachsenen Kosten belaufen sich auf rund 80,000 M.; somit wurden von der in Aussicht genommenen Summe von 100,000 M. 20,000 M. erspart.

— Die medicinische Facultät der Universität Leipzig übersandte dem Geh. Medicinalrath Dr. Hermann Reinhard in Dresden, früherem langjährigem Chef des Königlich Sächsischen Landesmedicinalcollegiums, anlässlich seiner vor 50 Jahren in Leipzig bewirkten Erlangung der die Staatsprüfung und Approbation damals mit enthaltenden Doctorwürde die Erneuerung seines Diploms und die Glückwünsche der Facultät.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 40. Jahreswoche, vom 28. September bis 4. October 1890, die geringste Sterblichkeit Wiesbaden mit 11,2, die grösste Sterblichkeit Chemnitz mit 37,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— In der Zeit vom 23.—28. September kamen in der Provinz Valencia 171 resp. 91, in der Provinz Toledo 63, resp. 41 Erkrankungen, resp. Todesfälle an Cholera vor. In Gelves, in der Umgebung von Sevilla kamen am 10. October 5 Cholerafälle zur Meldung. Die Gesammtzahl der seit Beginn der Epidemie aus allen Provinzen gemeldeten Erkrankungen wird am 29. September mit 4800, der Todesfälle mit 2473 beziffert. — Die von der russischen Regierung seiner Zeit nach Persien behufs Informirung über die dort herrschende Cholera entsandte Sanitätscommission ist am 10. October nach Petersburg zurückgekehrt und hat dem Medicinaldepartement einen Bericht überreicht, in welchem der rein locale Charakter der Cholera constatirt wird, so dass deren Einschleppung aus Persien und Kleinasien nach Europa nicht zu befürchten sei.

— Die Blatternepidemie in Madrid nimmt zusehends grössere Dimensionen an: die täglichen Erkrankungen belaufen sich auf mehr als 100 (zur Kenntniss der Behörde gekommen), die Todesfälle allein im vergangenen Monat auf 428. Es dürfte die Schätzung der augenblicklich Erkrankten auf 1000 nicht zu hoch gegriffen sein. Davon treffen auf das Provinzspital etwa 400—500.

— In dem französischen Seebade Trouville herrschte im verflossenen Sommer eine heftige Typhusepidemie; es erkrankten 150 Personen, darunter 147 Fremde und nur 3 Ortseinwohner.

— Das »Journal Officiel« veröffentlicht soeben einen Ausweis über die Volksbewegung in Frankreich während des Jahres 1889. Danach fanden im Jahre 1889 statt: 272,934 Heirathen, 4678 Scheidungen, 880,579 Geburten und 794,933 Sterbefälle. Im Jahre 1888 wies das Register aus: 276,848 Heirathen, 4708 Scheidungen, 882,639 Geburten und 837,867 Todesfälle. Die Zahl der Eheschliessungen hat sich somit im Jahre 1889 gegen das Vorjahr um fast 4000 vermindert; seit dem Kriegsjahre ist die bezügliche Ziffer nicht so ungünstig gewesen. Die Zahl der Geburten hat sich um 2060 vermindert. Dass dennoch der Ueberschuss der Geburten über die Sterbefälle gegen das Vorjahr sich von 44772 auf 85646 hob, beruht auf der erheblichen Verminderung der Sterbefällen um 43000.

— In Frankreich wird eine Staatssteuer auf Geheimmittel eingeführt, deren jährliches Erträgniss auf 12 Millionen geschätzt wird.

— Auf dem Centralfriedhof in Hamburg erfolgte am 19. ds. die feierliche Grundsteinlegung zu einem Crematorium.

— Das in Ostafrika zu errichtende deutsche Krankenhaus, dessen Erbauung ursprünglich in Sansibar geplant war, wird nach neueren Beschlüssen in das deutsche Gebiet des Festlandes und zwar nach Dar-es-Salaam, wo bereits ein geräumiges Missionshaus besteht, verlegt werden.

— Der Astley-Cooper-Preis im Betrage von 300 Pfd. St., welcher alle 3 Jahre in London zur Vertheilung gelangt, ist diesmal Dr. William Watson Cheyne für eine Arbeit »über den Ursprung, die Anatomie und die Resultate der Behandlung von tuberculösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke« zuerkannt worden.

— Der Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes beabsichtigt, das Aerztliche Vereinsblatt in Zukunft 2 mal monatlich erscheinen zu lassen. Der dadurch entstehende Kostenmehraufwand würde für die abonnirenden Bezirksvereine 50 Pf. pro Kopf betragen.

— In die Redaction der St. Petersburger med. Wochenschrift sind nach dem Tode Prof. v. Wahl's eingetreten Prof. Dr. Carl Dehio in Dorpat und Dr. Joh. Kraunhals, Prosector am Krankenhaus in Riga.

(Universitäts-Nachrichten.) Breslau. Prof. Dr. Rosenbach wurde zum Mitglied der Kaiserl. Leopoldinischen Karolinischen deutschen Akademie der Naturforscher ernannt. — Jena. In Vertretung des erkrankten Prof. Rossbach wird Prof. Stintzing die medicinische Klinik übernehmen. — München. Zum Dekan der medicinischen Facultät für das Studienjahr 1890/91 wurde Obermedicinalrath Prof. Dr. Bollinger gewählt. — Strassburg. Dem Vernehmen nach hat der ausserordentliche Professor Dr. v. Mering einen Ruf als Director der medicinischen Poliklinik in Halle erhalten. — Würzburg. Dekan der medicinischen Facultät für das kommende Studienjahr ist Prof. Dr. Hofmeier.

Bern. Der ordentliche Prof. Dr. Hugo Kronecker ist auf weitere 6 Jahre zum Lehrer der Physiologie und Vorsteher des physiologischen Instituts an der Hochschule, sowie zum Lehrer der Physiologie an der Thierarzneischule ernannt worden. — Petersburg. Ernannt wurden zu ordentl. Professoren: die ausserordentl. Professoren der militär-medicinischen Akademie Slawjanski (Gynäkolog), Lebedew (Gynäkolog), Tarnowsky (Syphilidolog), Pawlow (Chirurg) und Batalin (Botaniker). Zu ausserordentl. Professoren: die Adjunct-Professoren Polotebnow (Dermatolog), Bystrow (Pädiater) und Ssimanowski (Laryngolog.) — Prag. Dr. J. Mitvalsky hat sich als Privatdocent für Augenheilkunde an der czechischen Facultät habilitirt. Für das neue Studienjahr sind 1600 Mediciner an den beiden medicinischen Facultäten inscribirt; an der czechischen mehr als 1000, an der deutschen fast 600. — Tokio. Japanischen Blättern zufolge soll die Professur in der medicinischen Abtheilung der kaiserlichen Universität zu Tokio, nach Ablauf der Engagements mit den Doctoren Baelz und Scriba für fremde Lehrer geschlossen werden. — Wien. Dr. Alois Pick hat sich als Privatdocent für innere Medicin habilitirt.

(Todesfall.) In Giessen starb der ehemalige Professor der Chemie Heinrich Wille im Alter von 78 Jahren. Er war Nachfolger Justus Liebig's an der Giesener Hochschule.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Versetzungen. Der Bezirksarzt I. Classe Dr. Chr. Lorenz in Kemnath in gleicher Eigenschaft nach Kitzingen.

Quiescirt. Der Bezirksarzt I. Cl. Dr. A. Wisberger zu Regen auf Ansuchen in den dauernden Ruhestand unter Allerhuldvollster Anerkennung.

Erlediget. Die Bezirksarztesstellen I. Cl. in Kemnath und in Regen. Bewerbungstermin; 3. November.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 41. Jahreswoche vom 5. bis 11. October 1890.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 39 (52*), Diphtherie, Croup 50 (41), Erysipelas 23 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (7), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 5 (7), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 3 (7), Parotitis epidemica 5 (1), Pneumonia crouposa 18 (16), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 24 (18), Ruhr (dysenteria) 3 (—), Scarlatina 23 (16), Tussis convulsiva 15 (20), Typhus abdominalis 7 (2), Varicellen 7 (6), Variola, Variolois — (—). Summa 227 (211). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 41. Jahreswoche vom 5. bis incl. 11. October 1890.

Bevölkerungszahl 298,000

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 1 (1), Scharlach 1 (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 4 (2), Keuchhusten 3 (1), Unterleibstyphus 1 (—), Brechdurchfall 10 (6), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (—), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (1), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 147 (135), der Tagesdurchschnitt 21.0 (19.3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 25.7 (23.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 12.4 (11.9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 11.5 (9.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Lesser, Atlas der gerichtlichen Medicin. II. Abth. 3. Lief. 3 color. Tafeln mit erläuterndem Text. Breslau, 1890.
Stich, Uebernachtungs- und Unterkunfts-Räume für das Eisenbahn-Fahrpersonal.
Tarnowsky, Prostitution u. Abolitionismus. Hamburg u. Leipzig. 1890.
Bum, Therapeutisches Lexikon. Lief. 9—12. Wien u. Leipzig, 1890.
Hirsch und Schneider, Commentar zum Arzneibuch für das Deutsche Reich. Lief. 2. Göttingen, 1890. Preis pro Lief. M. 1.
Freudenberg, Ueber mechanische Behandlung von Gebärmuttergeschwülsten. Berlin und Leipzig, 1890.
Riegel, Zur Casuistik und Symptomatologie der Dünndarmcarcinome. S.-A.: D. med. W., Nr. 39.
Meyer, Welchen Werth hat die Massage bei der Behandlung von Frakturen? Inaug.-Diss. Leipzig, 1890.
Sansoni, Wirkungen des Euphorine. S.-A.: Ther. Mon. Sept.
Šlajmer, Diagnose und Behandlung eines Falles von Cystenbildung an einer beweglichen Niere. S.-A.: Wr. klin. W., Nr. 35.
Schaeffer, Larynxcarcinom. S.-A.: D. med. W.
— —, Diagnose u. Therapie d. Nebenhöhlen d. Nase. S.-A.: D. med. W.
— —, Fremdkörper im Larynx. S.-A.: Mon. f Ohrenheilkunde.
Temesváry, Anwendung der Elektricität bei Frauenkrankheiten. Kl. Zeit- und Streitfragen. IV. Bd, 7. u. 8 H.
Du Mesnil, Beiträge zur Anatomie und Aetiologie einiger Hautkrankheiten. Mit 2 Tafeln. S.-A.: Verhandl. d. Phys. med. Ges. Würzburg, 1890.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.